Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

**Redakcyja:**
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:**
Ulica Sienna Nr. 14.

**Ekspedycyja miejscowa:**
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

**Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.**

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Rocznie | w Austryi 8 złr. 80 c. | w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 16 mk. | we Francyi 24 fr. |
| Półrocznie | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| Kwartalnie | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |

**Kraków, 24 marca 1883.** № 12. Rok XXII.



## I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

### Przyczynki do Chirurgii.

VI.

Skoliozometer, przyrząd do mierzenia skrzywienia bocznego kręgosłupa.

Podał prof. J. Mikulicz.

Skolioza od dawna stanowiła jedną z najciemniejszych części ortopedyi, a mimo zupełnego przewrotu, którego w ostatnich dziesiątkach lat cała nauka o skrzywieniach doznała, nie wielka pod tym względem zaszła zmiana. Mimo jasnych zapatrywań na etyjologiję i patogenezę bocznego skrzywienia stosu pacierzowego, mimo racyjonalnych podstaw, z których wszystkie zabiegi lecznicze w przypadkach tego skrzywienia wychodzą, nie dotarliśmy przecież na tém polu tak daleko, jak np. w przypadkach skrzywień stopy, kolana lub biodra. Przyczyną tego jest po części, że zrozumienie patologii skoliozy jest o wiele więcéj utrudnionem dla zawiłych stosunków anatomicznych i mechanicznych aniżeli np. w podobnych skrzywieniach kolana (*Genu valgum, Genu varum*). Z drugiéj zaś strony nie posiadamy przeciwko skoliozie sposobu leczenia operacyjnego, które w wielu innych gałęziach ortopedyi wywołało szybki bardzo postęp i zmianę. Tu obecnie zarówno jak przed stu laty zmuszeni jesteśmy poprzestać na środkach czysto ortopedycznych A chociaż i pod tym względem w ostatnich latach znaczne zrobiono postępy, to przecież musimy przyznać, że i po dziś dzień nawet w kołach kompetentnych wcale rozmaite istnieją zapatrywania co do najodpowiedniejszych środków leczniczych przeciwko skoliozie. I tak bardzo podzielone są jeszcze zadania, o ile jedna z najważniejszych zdobyczy, tj. gorset gipsowy lub filcowy, jest stósowną. Nic więc dziwnego, że lekarze praktyczni nie tylko co do tego pytania ale i co do całego leczenia skoliozy okazują pewną obojętność. Lekarz, który właśnie spotyka się z pierwszemi całkiem uleczalnemi początkami skoliozy, w którego ręku więc na razie leży los chorych skoliotycznych, poprzestaje najczęściéj na tém, że odsyła chorych do bandażysty, aby sobie sprawili gorset przeciw skoliozie. Dość często rodzice oszczędzając sobie drogi do lekarza udają się wprost do bandażysty. Czy gorset w danym przypadku w ogóle jest odpowiednim, albo jaka forma jest najstósowniejszą, o to zazwyczaj wcale nie dbają. Ztąd pochodzi, że zboczenie pod gorsetem coraz daléj się rozwijając dochodzi dość często do stopnia już nieuleczalnego, podczas gdy rodzice przez długi czas uspokajają się myślą, że w ogóle jakieś leczenie ma miejsce. Pewnego wreszcie dnia, niestety często za późno, spostrzega matka, że skrzywienie mimo gorsetu się zwiększyło a wtedy dopiero ucieka się do wszystkich środków celem powstrzymania cierpienia. Jakaż więc przyczyna złego? Byłoby to zapewne niesłusznem, gdybyśmy w każdym przypadku zarzucali lekarzowi ordynującemu opieszałość. Przyczyny po części szukać należy w okoliczności, że większa część środków, któremi dziś rozporządzamy, zanadto jest niedostateczną, oraz w okoliczności, że nie posiadamy pewnego i łatwo użyć się dającego środka do mierzenia, o ile cierpienie się polepszyło. Ztąd też zapewne pochodzi, że i ludzie fachowi nie łatwo zgadzają się co do stósowności niektórych środków. Brak bowiem dokładnéj kontroli, któréj ortopedyk potrzebuje zarówno dla siebie jak i dla innych, których chce przekonać o sposobie działania pewnéj metody.

Ten brak uczułem już przed kilku laty, gdy jako asystent w klinice Billrotha próbowałem gorsetów gipsowych i filcowych. Od tego czasu zajmowała mnie myśl złożenia przyrządu, za pomocą którego możnaby liczebnie oznaczyć najważniejsze zboczenia kształtu w skoliozie a lekarz mógłby przekonać się o nieznaczném nawet polepszeniu lub pogorszeniu się zboczenia.

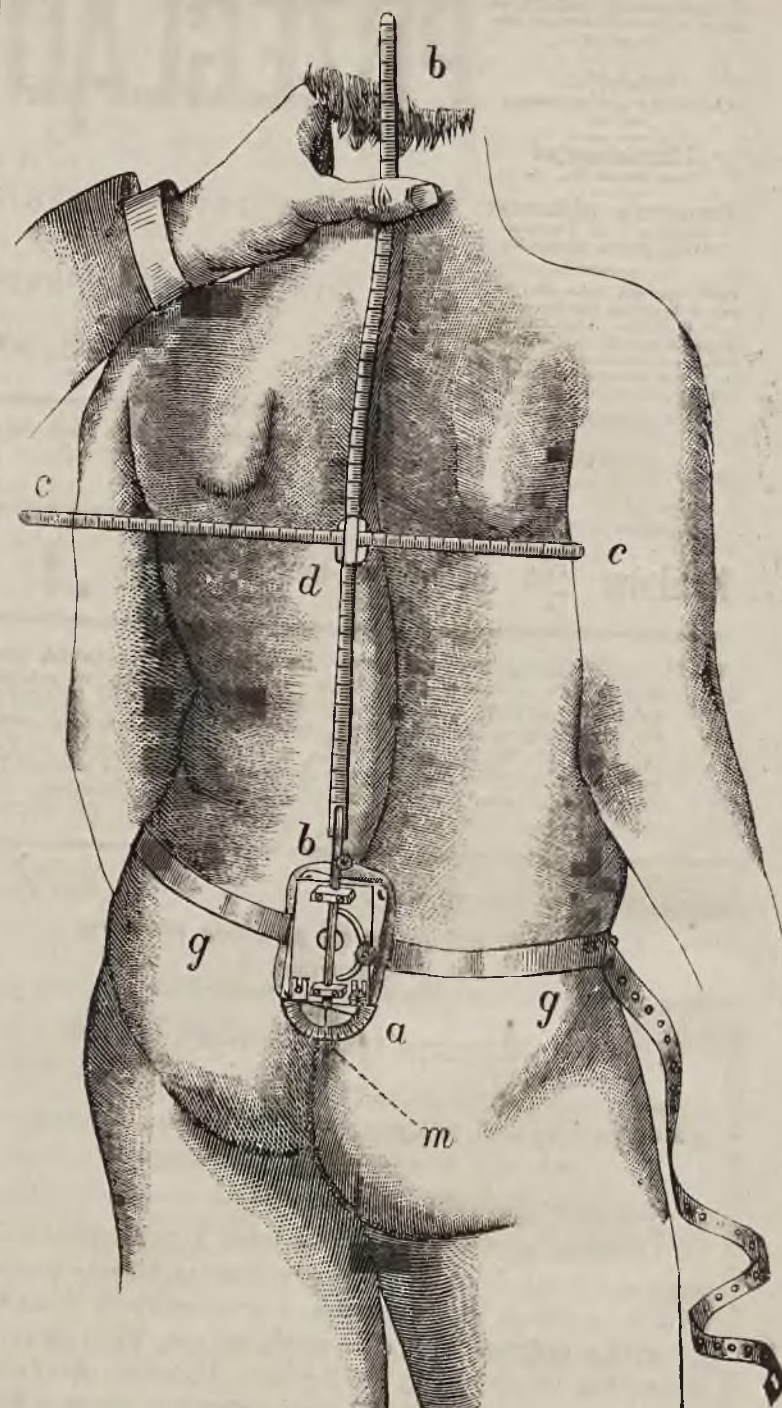
Zdania co do znaczenia takiego przyrządu do mierzenia

są bardzo podzielone, zdaje mi się jednak, że większa część lekarzy zanadto nisko ceni jego wartość. Jestem przekonany, że co do leczenia skoliozy wtedy dopiero będziemy mieli pewne i stałe zasady, kiedy za pomocą liczb będziemy mogli oznaczyć na pewne wartość każdéj zaleconéj metody. W przypadkach innych skrzywień kontrolujemy już od dawna poszczególne metody w ten sposób, tylko nie potrzebujemy osobnych przyrządów. W stawie kolanowym mierzymy kąt zgięcia (przy kontrakturach) i stopień addukcyi lub abdukcyi (w *genu valgum* i *genu varum*). W biodrze mierzymy kąt zgięcia, abdukcyi i rotacyi. Do tego wystarcza zwyczajny kątomierz. Zresztą najczęściéj już oko samo wystarcza do ocenienia, czy kontraktura w stawie kolanowym lub stopa końska zostały usunięte, albo czy nastało polepszenie w przypadku stopy szpotawéj; możemy to rozpoznać po zdjęciu opatrunku gipsowego na pierwszy rzut oka. Nadto we wszystkich tych przypadkach przywrócona funkcyja odnogi poucza nas o dobrym skutku leczenia. Wszystkich tych wskazówek brakuje nam w skoliozie. Ponieważ tu wszystkie zmiany zwolna i nieznacznie się rozwijają, znaczniejsze dopiero różnice okiem rozpoznać możemy; o tak ważném zaś dla nas rozpoczynającém się polepszeniu lub pogorszeniu pouczyć nas może tylko czuły bardzo przyrząd do mierzenia.

Ortopedycy i chirurgowie podali już rozmaite przyrządy odnośne; mianowicie Bühring i Heinecke wymyślili bardzo zmyślne przyrządy, któremi można przedsiębrać bardzo dokładne pomiary. Wszystkie to jednak przyrządy mają dwie wady: są one po pierwsze zanadto skomplikowane i wymagają za dużo czasu i pracy, a powtóre nie podają nam wszystkich zmian kształtu, których badanie w skoliozie jest koniecznęm. Słusznie mówi P. Vogt [1]), że zastósowanie tych przyrządów jest bardzo ograniczoném, gdyż one uwzględniają tylko zboczenie wyrostków kolczystych od linii środkowéj; linija kierunkowa wyrostków kolczystych sama przez się wcale nie daje nam prawdziwego obrazu rzeczywistego zboczenia kręgów. Musimy jeszcze uwzględnić inne czynniki, a zwłaszcza skręcenie stosu pacierzowego i ztąd wynikłe zmiany kształtu klatki piersiowéj. Metoda mierzenia Barwella, który uwzględniając te okoliczności przykłada drut ołowiany w rozmaitéj wysokości naokoło klatki piersiowéj i w ten sposób chce otrzymać dokładny obraz jéj kształtu, zdaniem mojém także zanadto wiele wymaga zachodu i nie jest pewną.

Sądzę, że mój przyrząd do mierzenia uwzględnia wszystkie istotne stosunki w skoliozie, i daje się tak łatwo zastósować, że go każdy lekarz praktyczny używać może. Układając go uwzględniłem następujące wymiary: 1) długość kręgosłupa, 2) odchylenie jego na bok, 3) skręcenie kręgów a względnie całéj klatki piersiowéj, 4) ustawienie łopatek, 5) wysokość barków. Długość kręgosłupa, tj. odległość obydwu jego końców, można w prosty całkiem sposób za pomocą zwykłéj miary centymetrowéj oznaczyć; nie zwróciłem przeto na ten punkt szczegółowéj uwagi, choć i ten wymiar można oznaczyć za pomocą mego przyrządu. Główną uwagę zwróciłem na cztery pozostałe wymiary. Szczególny nacisk kładę także na uwzględnienie ustawienia łopatek i wysokości barków. Wiadomo bowiem, że bardzo często pierwsze początki skoliozy objawiają się asymetryją barków albo nie równo wysokiém ustawieniem tychże, okoliczność, na którą rodzice często najpierw zwracają uwagę.

[1]) *Moderne Orthopaedik, Stuttgart 1883, pag. 137.*




Dołączona rycina przedstawia przyrząd w jego zastósowaniu do mierzenia skoliozy. Składa on się głównie z dwóch wązkich taśm stalowych, (podobnych do brykli w gorsetach damskich) opatrzonych podziałką milimetrową; jedna z tych taśm przebiega pionowo (*b b*), druga poziomo (*c c*). Są one tak elastyczne, że je można wprawdzie dokładnie przystósować do powierzchni ciała, poczém jednak siłą sprężystości wracają do pierwotnego swego kształtu. Oba te pręty za pomocą mosiężnéj części środkowéj (*d*), w ten sposób są połączone, że się pręt poziomy zarówno z boku na bok jak i z góry na dół daje przesuwać. Pręt pionowy jest przymocowany do płytki metalowéj (*b a*), która znów za pomocą odpowiednio wielkiéj peloty stoi w związku z pasem biodrowym (*gg*). Przy *a* znajduje się kątomierz poziomo ustawiony. Pręt pionowy (*b b*) przechodzi na dolnym swym końcu w cienki pręcik, około którego daje się obracać. Na dolnym końcu tegó pręcika znajduje się wskazówka (*m*) chodząca po kątomierzu. Jeżeli przyrząd cały wraz z taśmą poziomą (*c c*), leży na osobie dobrze zbudowanéj, to wska-

zówka przy *m* pokazuje 90°. Każde skręcenie tułowia wywołuje zboczenie dające się w stopniach odczytać. Tylną część pasa biodrowego stanowi także sprężyna stalowa, w skutek czego cały przyrząd może być lepiéj ustalonym.

Przyrząd zakłada się, jak widać z ryciny, w ten sposób, że pas biodrowy (*gg*) przebiega na około miednicy pomiędzy grzebieniem kości biodrowéj a krętarzem wielkim, a pelota (*b a*) leży dokładnie na kości krzyżowéj. Gdyby przypadkowo miednica była ukośnie ustawioną, to można cały przyrząd na pelocie około pozioméj osi odpowiednio skręcić, tak, że można pręt pionowy (*bb*) w każdym przypadku przystosować do stosu pacierzowego. Zresztą można to ustawienie ukośne także w ten sposób usunąć, że się odpowiednią nogę stawia na wyższéj podstawce.

Skoro przyrząd w ten sposób jest założony, mierzy się najprzód odległość między dwoma kręgami, z których jeden leży blisko górnego a drugi dolnego końca kręgosłupa. Najstosowniéj jest mierzyć odległość między górnym końcem kości krzyżowéj a siódmym kręgiem szyjnym. Jak już wspomniałem, można jeszcze przed założeniem przyrządu zdjąć ten wymiar za pomocą zwykłéj miary. Teraz oznacza się odchylenie boczne kręgosłupa. W tym celu można jeszcze przed założeniem przyrządu oznaczyć za pomocą atramentu lub czarnéj kredy linię kierunkową wyrostków kolczystych. Jeżeli skrzywienie wypukłością zwraca się na prawo, to przesuwa się cały przyrząd nieco na lewo, tak, że prawy brzeg pręta pionowego odpowiada głównéj linii stosu pacierzowego tj. przypada ponad środek kości krzyżowéj i wyrostki kolczyste ostatnich kręgów szyjnych. Za pomocą taśmy poziomej (*cc*) odczytujemy tedy na têm miejscu, gdzie wypukłość jest największą, odległość odnośnego wyrostka kolczastego od linii środkowéj. Jeżeli wypukłość leży po stronie lewéj, to przesuwamy cały przyrząd trochę na prawą stronę i mierzymy w ten sam sposób. Dla celów praktycznych wystarcza oznaczyć odchylenie wyrostków najbardziéj zbaczających. Oczywiście należy także uwzględnić skrzywienie wyrównywające w części lędźwiowéj kręgosłupa. Należy także zaznaczyć krąg, który znajduje się pomiędzy skrzywieniem pierwotném a kompenzacyjném, a więc który dokładnie odpowiada linii środkowéj (krąg nieruchomy). Teraz mierzy się skręcenie stosu pacierzowego. Podczas gdy przy dotychczasowych wymiarach badany stał swobodnie ze zwieszonemi ramionami, każe mu się teraz ramionami podnieść i ponad głowę złożyć. W skutek tego łopatki podnoszą się dość znacznie i cała forma klatki piersiowéj wybitnie występuje. Przykłada się potém pręt poziomy (*cc*) w rozmaitych wysokościach dokładnie do grzbietu. Jak już wspomniałem, uwidocznia przytém skazówka (*m*) wszystkie zboczenia co do skręcenia w stopniach. I tu wystarczy oznaczyć tylko części najbardziéj zbaczające zarówno w skrzywieniu pierwotném, jak i w zastępczém u części lędźwiowéj. Należy także zaznaczyć część znajdującą się w ułożeniu prawidłowém pomiędzy obydwoma skrzywieniami (część nieruchomą).

Skoro badany ramiona znów spuścił, obchodzimy w téj pozycyi ustawienia łopatek. Ponieważ nam tu nie chodzi wcale o znaczenie bezwzględnéj wysokości łopatki jednéj lub drugiéj, lecz o oznaczenie różnicy w ustawieniu obydwu, to wystarczy po pierwsze oznaczyć różnicę co do wysokości kątów łopatek, a powtórę różnicę odległości wewnętrznych brzegów łopatek od linii środkowéj. Oba te wymiary można otrzymać w sposób prosty przez przesunięcie pręta poziomego (*cc*). W podobny wreszcie sposób oznacza się wysokość barków, do czego najlepiéj nadaje się szczyt łopatki.

Co do wartości liczb otrzymanych za pomocą tego przyrządu, możnaby może zarzucić, że nie wszystkie odpowiadają dokładnie stosunkom anatomicznym: i ja to przyznaję. Zwłaszcza odchylenie boczne i skręcenie rzeczywiste kręgosłupa w pojęciu ściśle anatomicznêm, mianowicie w wyższych stopniach tego skrzywienia nie zawsze może będzie się zgadzało z wynikami tych wymiarów, które odpowiadają tylko zmianom kształtu na zewnątrz widocznym. Bo téż u tego przyrządu, który ma głównie służyć dla celów praktycznych, wcale o to nie chodzi. Liczby znalezione tym przyrządem mają nam dać ile możności wierny obraz objawów skoliozy w pewnym okresie czasu zewnętrznie wybadać się dających. A temu zadaniu przyrząd ten z pewnością zupełnie czyni zadość. Przez kombinacyję właśnie rozmaitych wymiarów można sprostować niedokładność szczególnych wymiarów.

Skoliozometer nie tylko ma wykazać wyniki przedsiębranego leczenia, ma on służyć także i w tych przypadkach, gdzie istnieje tylko podejrzenie rozpoczynającéj się skoliozy, i gdzie tylko staranna obserwacyja trwająca przez miesiące może dać jakieś wyjaśnienie. Choć po jednorazowém badaniu oko wprawne spostrzeże nawet małe zboczenia co do symetryi obu połów tułowia, to przecież na podstawie tego jednego wrażenia nigdy nie można ocenić na pewne zmiany powstającéj w ciągu kilka tygodni. Wreszcie można użyć tego przyrządu do prognozy każdego przypadku, gdyż podaje on stopień ruchomości części przesuniętych. Wiadomo bowiem, że możność wyleczenia skoliozy głównie zależy od tego, czy skrzywiony kręgosłup przez rozmaite manipulacyje i zmiany w ustawieniu tułowia i ramion da się sprowadzić do kształtu prawidłowego lub nie.

W końcu muszę jeszcze nadmienić, że cały przyrząd, który pan E. Walkowski, bandażysta (Wien, Naglergasse Nr. 2) w bardzo zgrabnéj i pięknéj formie wykonał, da się rozebrać, i z powodu sprężystości prętów przechować w okrągłym sztućcu lub zwykłém pudełku, tak, że go każdy lekarz może mieć przy sobie.

## II. Z prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

# Włókniak po części tłuszczak śluzakowaty (Köster) więzu przedkręgowego.

Opisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

P r z e k r ó j guza makroskopowo przedstawiał się rozmaicie w miarę miejsca przecięcia. Części guza głębsze były więcéj jednostajne, białawe, twarde, połyskujące, tu owdzie wolném okiem spostrzedz dające uwłóknienie. Powierzchowne znów guzowatości, już przy dotyku miększe, okazywały częścią utkanie prawie całkowicie tłuszczowe, miękkie, zrazowe, to znów powierzchnię przekroju nierówną wypuklającą się, o zabarwieniu żółtawém lub więcéj szarawém, do galarety podobném. Miejscami guzy te były nader soczyste, jak gdyby surowiczo obrzękłe. Dotyczy to szczególnie miękkich mas nowotworowych, położonych pod zagięciem wątrobowém jelita grubego. Gdzieniegdzie, mianowicie pośród guzów galaretowatych więcéj i miękkich, można

nawet było spostrzedz drobne jamki, gęstą, lepką, szklistą treścią wypełnione, nieraz w kilkoro obok siebie położone. Pomiędzy guzami miększemi przebiegały pasy białawéj, twardéj, włóknistéj tkanki tegoż samego rodzaju, jaka znachodziła się w utkaniu głębszych części guza i z temiż w związku pozostające. Nadto miejscami guzy na znacznych przestrzeniach przedstawiały na przekroju utkanie tłuszczowe, gronkowe; dotyczy to mianowicie części górnych nowotworu. Spójność guzów tak dalece była różną, że podczas gdy części środkowe i głębsze nowotworu były twarde, miejscami w dotyku nadzwyczaj twarde, to znów guzy powierzchowne, szczególnie po stronie prawéj położone, miękkością swą za dotykiem kazały się domyślać treści prawie płynnéj. Niektóre z nich łudziły przed nacięciem chełbotaniem prawie, czego jednakowoż po dokładném zbadaniu nigdzie nie stwierdzono.

Pomimo tak znacznych różnic makroskopowych wynik badania drobnowidowego był niezbyt urozmaicony. Oczywista, że nie poprzestawałem na kilku lub kilkunastu preparatach, nadmienić jednakowoż muszę, że niektóre części w spirytusie bardzo mało tylko stały się twardszemi, co się téż ich budową tłumaczy.

Przeważna część guza przedstawia pod drobnowidem tkankę łączną falistą, czasem gęsto poplątaną; włókna były tuż obok gęsto jedno przy drugiém ułożone, podczas gdy ognisk drobnokomórkowych lub okolic obfitujących w znaczniejsze choćby rozprószone kępy komórkowe było bardzo niewiele.

Wśród tak zbitéj tkanki włóknistéj i na przekroje naczyń krwionośnych nie często trafiałem, tak, że w ogóle części głębsze guza czyniły wrażenia utkania bardzo ubogiego w naczynia krwionośne, gdzie zatém sprawa odżywcza zależała więcéj od krążenia miąższowego, śródtkaninowego niż od układu naczyniowego krwionośnego, tak słabo tylko rozwiniętego.

Części nowotworu miękkie, jakby chełboczące, przedstawiały mikroskopowy obraz właściwy tak zwanym śluzakom (*Myxoma*). Wśród jednostajnego szklistego tła znachodziły się nieliczne komórki podługowate, czasem rozgałęzione, gwiazdkowate o treści drobnoziarnistéj, rzadko tylko wyraźniejsze jądro okazujące. Miejscami znów widoczne były komórki o treści w mniejszym lub większym stopniu tłuszczowo przeobrażone lub téż, w guzach makroskopowo tłuszczowych, wybitne utkanie tłuszczowe. Nadto można było stwierdzić wśród utkania okazującego makroskopowo tylko ogniska żółtawo-tłuszczowe, pod drobnowidem różne okresy przeobrażenia się tłuszczu, a w częściach graniczących z tkanką śluzakowatą widoczne były obrazy, przemawiające jakby za przejściem jednego utkania w drugie, to jest śluzakowatego w tłuszczowe. Blaszki kostne, znachodzące się w pobliżu kręgów a wśród mas nowotworowych położone, w przeważnéj części przedstawiały tylko złogi soli wapniowych bez wybitnéj budowy tkance kostnéj właściwéj. Tylko te blaszki, które w bezpośrednim a ścisłym związku zostawały z trzonami kręgowemi, przedstawiające jakby ich soplowate wyrośle, okazywały miejscami wydatniejsze utkanie kostne.

Rozpoznanie anatomiczne w protokole z oględzin pośmiertnych podanym brzmiało: *Fibroma partim lipoma oedematosum retroperitoneale myxomatodes ligamenti longitudinalis col. vertebr. anterioris* (*fasciae praevertebralis abdominis*) *ingens, subsecuta dislocatione extrema intestinorum. Compressio et atelectasis partialis pulmonis utriusque atrophici. Ecchymoses pleurae utriusque et epicardii. Dilatatio cordis adipose degenerati. Hyperaemia passiva hepatis et renum. Hydrops anasarca enormis. Scoliosis columnae vertebralis thoracicae et lumbalis dextra convexa majoris gradus. Oedema acutum pulmonis utriusque. Marasmus senilis.* Ciężar całego guza = 24·5 kilog., obwód guza przeszło $1^1/_3$ metra.

Że guz nie stał w związku z jajnikiem, wynika już z téj okoliczności, że odległość jajników od guza wynosiła 3—4cm. (którato przestrzeń należała do więzadeł szerokich). Długość jajników wyciągniętych w wysokim stopniu wynosiła 7cm. (obok macicy 3+4cm. = 7cm. długiéj)!

Z opisu widać, iż miałem przed sobą guz niezwykłych rozmiarów, może u nowotworów zaotrzewnowych o rozmiarach dotąd niebywałych. Znaną jest rzeczą, że nowotwory t. zw. łagodne, lub według wyrazownictwa Virchowa homologiczne grupy tkanki łącznéj, dosięgają olbrzymich nieraz rozmiarów. Dotyczy to zazwyczaj nowotworów włókniakowych, czyli t. zw. włókniaków (*Fibromata „mollia“ aut „dura“*), lub téż tłuszczaków (*Lipomata*) usadowionych w skórze lub w tkance podskórnéj itd. Nowotwory wszelako tego rodzaju jak powyżéj opisany, t. j. z jamy brzusznéj wychodzące, względnie z tkanki zaotrzewnowéj, należą do zboczeń rzadszych i przedstawiają wiele szczegółów ciekawych.

I tak co do rozmiarów guza i zboczeń topograficznych trzew brzusznych a po części i piersiowych. Obwód wyjętego guza w wysokości pępka wynosił przeszło półtora metra, wymiar podłużny blisko dwa razy tyle. Jelita cienkie w górnym swym odcinku pod guzem umieszczone w przeważnéj części były swobodne, funkcyjonowały należycie; jelita zaś grube w dolnéj połowie unieruchomione i spłaszczone z trudnością tylko wydalały kał. Pomimo przeszkód w krążeniu treści jelitowéj nie było rozszerzenia okrężnicy wstępującéj ani téż rozszerzenia dwunastnicy lub żołądka. Że chora nie zginęła skutkiem inanicyi, widać już z obecności dość znacznego pokładu tkanki tłuszczowéj podskórnéj, a zatém dowóz żywności, przeróbka téjże, szły torem wprawdzie zwolnionym, jednakowoż do utrzymania życia dostatecznym. Daleko zgubniejsze jednak skutki wywierał nowotwór na czynności oddechania. Przepona niezwykle wysoko ku górze wyparta, ścieńczała, była prawie unieruchomioną, bezwładną. Ruchy klatki piersiowej, niedostateczne z powodu przeszkód mechanicznych, nie wystarczały; ztąd i wymiana gazów krwi upośledzona, zmiany następowe w chemizmie i mechanizmie krążenia krwi, w końcu nieunikniona puchlina ogólna. Liczne świeże wybroczyny na opłucny i osierdziu najwymowniej świadczą o zboczeniach krążenia. Dla czego bezpośrednich objawów uciskowych na naczynia krwionośne jamy brzusznéj nie było, wspomniałem powyżéj.

I pod względem budowy histologicznéj nowotwór nasz należy do rzadszych. Obok znacznych guzów, noszących wybitne piętno guzów włókniakowych, napotykamy i inne utkania wprawdzie téj saméj grupy histogenetycznéj, jednakże makroskopowo nadające niektórym częściom nowotworu odmienne wejrzenie. W ogólności mieliśmy tu kombinacyję trzech utkań grupy tkanki łącznéj, a mianowicie tkanki tłuszczowéj rozwiniętéj, tkanki śluzakowatéj, odpowiadającéj tkance tłuszczowéj embryjonalnéj, tkance znachodzącéj się u noworodka w pępowinie w galarecie Warthona, u człowieka zaś dorosłego jedynie i to zmieniona znachodząca się w ciałku szklaném oka, wreszcie przedstawiał nasz nowotwór w swéj przeważnéj części utka-

nie tkanki łącznéj właściwéj falistéj. Z tych właśnie względów, a szczególniéj z przyczyny dość znacznego udziału utkania śluzakowatego i tłuszczowego zaliczyłbym powyższy nowotwór do rzadszéj grupy nowotworów zbliżonych bardzo do tych, które **Köster** (*Sitzungsberichte der niederrhein. Ges. f. Natur. u. Heilkunde* 17 Januar, 1881) obejmuje mianem: **Lipoma oedematosum myxomatodes.** Madelung opisuje takiż nowotwór wychodzący z krezki jelita cienkiego. W przypadku tym wyciął Madelung wraz z guzem i kawałek jelita cienkiego [1]) Część nowotworu była miękką ciastowatą i podobną „do pęcherza o ścianach cienkich a napełnionego żelatyną napęczniałą“. Przekrój utkania tego był jednostajnie szarawy nieco przeświecający. Główna masa nowotworu zaś przedstawiała się jako bezładna mięszanina obu rodzajów nowotworu (t. j. tłuszczaka i śluzaka). Szczegóły te w zupełności odpowiadają guzom naszego nowotworu położonym w sąsiedztwie okrężnicy wstępującéj i poprzecznéj poniekąd i częściom środkowym nowotworu bliżéj powierzchni leżącym. Co do przesiąknięcia surowiczego utkania nowotworowego, o którym autorowie wyżéj wymienieni wspominają, to i w naszym przypadku okazywały owe masy nowotworowe téż same właściwości. Z naciętych miejsc sączył się płyn i to w dość znacznych ilościach, jednakowoż nie tak jak w przypadku Madelunga, iżby nowotwór po kilku dniach „stracił czwartą część obwodu i wagi.“

W literaturze znanych jest kilka przypadków podobnych, gdzie, jak z opisu wynika, utkanie nowotworów przedstawiało wielkie podobieństwo do obrazu powyż skreślonego. I tak należy tu poniekąd przypadek Waldeyera (*Virchowa Archiw*, T. XXXII, p. 543) u kobiety 30-letniéj. Nowotwór (tłuszczo-śluzak) wychodził z miejsca uczepienia się krezki a ważył 63 funty, a co dziwniejsza w płucach i wątrobie znalazły się przerzuty „tłuszczo-śluzakowe“, pomimo że nowotwór pierwotny miejscami okazywał utkanie mięsakowate. Spencer Wells operowal w r. 1867 tłuszczak z krezki wychodzący a ważący około 32 funty (Madelung l. c.). Wreszcie i sam miałem sposobność dokonania sekcyi będąc jeszcze asystentem w Krakowie na zwłokach dziewczęcia 18 letniego, z olbrzymim włókniakiem tkanki zaotrzewnowéj. Przypadek ten opisał Dr. Mars (z kliniki prof Dra Madurowicza. Przegląd Lek., 1879, Nr. 25). Włókniak ten 34cm. szeroki a 49cm. długi ważył 15 kilog. pod względem rozmiarów zatém mniéj więcéj o połowę mniejszy od nowotworu, którego opis obecnie podaję.

Na zakończenie nie mogę pominąć jeszcze jednego szczegółu, a mianowicie chełbotania. Tak Madelung (l. c.) jakotéż i inni autorowie wspominają, że nietylko za życia chorych, ale już gdy nowotwór był wyłuszczony, przedstawiał w pewnych częściach swych typowe chełbotanie. I w naszym przypadku zdawało się, że niektóre przynajmniéj części nowotworu będą torbielowo przeistoczone. Dopiero nacięcie wykazało mylność tego zdania i jako przyczynę objawu szczególniejszy rodzaj utkania mas nowotworowych. Okoliczność ta dla rozróżnienia za życia jest nader wielkiéj wagi.

## III. Zarośnięcie pochwy macicznéj nabyte. Wyleczenie za pomocą operacyi.

Napisał Dr. Maksymilijan Kohn.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Przechodząc do opisu samego rękoczynu tylko ogólne zasady zaznaczyć nam wypadnie, gdyż szczegóły zawsze zależnemi będą od okoliczności towarzyszących każdemu poszczególnemu przypadkowi, t. j. umiejscowieniu zarośnięcia i jego rozciągłości.

Dawniéj rozmaitemi operowano sposobami. W początkach wieku bieżącego Dubois i Boyer zalecali punkcyję krwisteku przez odbytnicę. Scanzoni polecał tę metodę a Backer-Brown używał jéj jeszcze w nowszych czasach, przyczém starano się o urządzenie stałéj przetoki odbytnico-pochwowéj. W nowszych czasach używał tego sposobu Greenhalgh, ale tylko jako wstępu do następnego wytworzenia nowéj pochwy, chcąc przez to zapobiedz niebezpiecznym pęknięciom trąbek, jakkolwiek brak krwisteku znowu utrudniał mu późniéj samą operacyję pochwową.

Simon proponował punkcyję przez męcherz i pozostawienie przetoki z miejsca krwisteku do męcherza, czyli wprowadzenie takich stosunków a razem i niedogodności, jakie mamy po sztucznéj *occlusio vaginae*, którą się wykonywa w obec przetok męcherzo-pochwowych nieuleczonych już w inny sposób.

Le Fort próbował otwierać zarośnięcia pochwy galwanokaustyką, lecz nie znalazł naśladowców.

Pierwszy Amussat tylko na tępéj drodze zarośnięcia takie operował w kilku posiedzeniach, a dziś choć jego metoda nie w zupełności się utrzymała, uznano jednak korzyści tępego postępowania, o ile ono jest nie nazbyt wiele siły wymagającém.

Dziś ogólnie przyjętym sposobem operowania jest następujący (Hegar i Kaltenbach):

Układamy chorą na wznak z rozłożonemi nogami przy saméj krawędzi stołu. Haczykami lub cążkami kończastemi (*Kugelzangen*) chwytamy od przedniéj i tylnéj sciany pochwowéj miejsca tuż przed zrośnięciem położone, aby je wyprężyć. Cewnikiem do męcherza, a palcem do odbytnicy wprowadzonym kontrolujemy grubość warstwy między niemi położonéj i tym sposobem wystrzegamy się zrobienia fałszywéj drogi, prowadzącéj do męcherza lub odbytnicy. Napiętą bliznę lub błonę wrzekomą nacinamy na szczycie skalpelem w linii poprzecznie przebiegającéj, oddalonéj równo od cewki moczowéj i odbytnicy. Daléj staramy się narzędziem tępém lub palcem utorować sobie dalszą drogę przez zrosty. Im daléj w ten sposób dostajemy się, w téj mierze téż i haczyki lub cążki posuwamy daléj naciągając nową pochwę ku sobie. Zrosty twardsze, stanowiące mostki w rodzaju sznurków, krótkiemi cięciami noża lub nożyczek przecinamy. Doszedłszy w ten sposób do obrzęku wypuklającego się, utworzonego przez nagromadzoną poza zrostami krew lub płyn, ostrożnie pod kontrolą palca w odbytnicę wprowadzonego przebijamy tenże trójgrańcem albo po wyjęciu kolca pozostawiamy umocowaną należycie kaniulę w otworze kończąc na tém rękoczyn albo téż bisturem na sondzie rowkowanéj rozszerzamy ten otwór. Breisky używa osobnego narzędzia, którém i przekłucie i następowe rozszerzenie otworu uskutecznia.

Wspomniawszy w krótkości o rozwoju operacyi zarośnięcia pochwowego przechodzę do historyi choroby naszego przypadku, ilustrującego powyższe uwagi, jakkolwiek niektóre różnice od zwykłego typu przedstawiającego.

Dnia 15 lutego b. r. zgłosiła się do mnie i do kolegi Dra Jodłowskiego młoda wieśniaczka z okolic Krakowa szukając u nas rady lekarskiéj, gdyż po przebytym przed kilku miesiącami porodzie „zarosło jéj przyrodzenie“. Regina K.

[1]) *Exstirpation eines vom Mesenterium ausgehenden Lipoma oedematosum myxomatodes mit partieller Resection des Dünndarmes Heilung. Berl. klin. Woch.* Nr. 7, r. 1881.

lat 25 mająca, prócz ospy i osutek w wieku dziecięcym przebytych nigdy nie chorowała. Od 15 roku życia miesiączkowała bardzo regularnie w odstępach 4-tygodniowych przez 3 do 4 dni bez boleści niezbyt obficie. Przed 2½ rokiem poszła za mąż i blisko w rok późniéj zaszłąpiła. Podczas ciąży nie miała żadnych cierpień ani dolegliwości. W prawidłowym czasie, t. j. w lipcu 1882 r., wystąpiły bóle porodowe, a wezwana do pomocy babka wiejska cztery dni po odpływie wód płodowych pocieszała ją z godziny na godzinę ukończeniem porodu. Dopiero kiedy bóle ustały zupełnie i chora wycieńczona na siłach została samą, gdyż babka wtedy uciekła od niéj, posłano po lekarza, który zastał płód nieżywy w położeniu czaszkowém z główką nisko ustawioną i zupełny brak bólów. Podał choréj wyciąg sporyszowy, a wywołane nim bóle porodowe dokończyły same porodu wypychając zmiękłą już przez śmierć dziecka główkę bez pomocy narzędzi. Chora nasza w połogu była jak zwykle u naszego ludu bez wszelkiéj opieki lekarskiéj, mimo że ciężko chorowała gorączkując długi czas i przez 6 tygodni nie mogąc się podnieść z posłania. Bliższych szczegółów o odchodach połogowych itd. ani ona ani nikt z otoczenia podać nie umie. Kiedy po sześciu tygodniach przyszła nieco do siebie, spostrzegła, że jéj kanał rodny jest zamknięty, że, jak się wyraża, przyrodzenie jéj zarosło. Wstydziła się jednak przyznać komukolwiek, tém więcéj, że znaczenia téj zmiany ocenić nie umiała. Dopiero w czwartym miesiącu po porodzie dostała w brzuchu i krzyżach kurczów i boleści, które trwały kilka dni i odtąd regularnie co 4 tygodnie się powtarzały, stając się za każdym razem silniejszemi, przyczém nigdy ani kropelka krwi się nie pokazała. Boleści te, jak niemniéj okoliczność, że pożycie z mężem było niemożliwém, zmusiły ją wreszcie do szukania rady lekarskiéj.

Badanie choréj podjęte wspólnie z kolegą Jodłowskim wykazało stan następujący: Kobieta wzrostu małego, licho odżywiona, blondyna, o skórze żółtawéj. Na prawéj stronie szyi blizny pościągane, które chora do przebytéj przed laty ospy (?) odnosi. Narządy klatki piersiowéj, tętno i ciepłota ciała nie przedstawiają żadnego zboczenia od stanu prawidłowego. Sutki wiotkie, pokryte pomarszczoną podściółki tłuszczowéj pozbawioną skórą. Brzuch miękki dobrze badać się dający nie przedstawia żadnych nieprawidłowości. Rękę można nad spojeniem kości łonowych lub nad pachwinami głęboko wgnieść nie czując żadnego obrzęku lub macicy. Srom dobrze włosem pokryty, wargi większe zwarte, międzykrocze nienaruszone, pachwiny ciemno zabarwione, odnogi dolne nieobrzmiałe, nie przedstawiają nigdzie żylaków. Rozwarłszy dobrze wargi sromowe znajdujemy ujście cewki moczowéj, łechtaczkę i przedsionek barwy prawidłowéj, wilgotne nieowrzodzone. W wejściu do pochwy fałd przedniéj ściany długością poprzecznie przebiegający ułożony na takimże fałdzie tylnéj ściany pochwowéj, między oboma linija dzieląca je, poprzecznie też przebiegająca, jest twardą blizną linearną łączącą dokładnie bez najmniejszego otworka przednią i tylną ścianę pochwy tuż w wejściu i stanowiąca w ten sposób zupełne zarośnięcie pochwy. Próbując w miejscu zarośnięcia całą siłą wcisnąć palec w kierunku pochwy natrafiamy na silny opór twardéj, chrząstkowatéj prawie blizny niepodatnéj i ani na 1cm. palcem w głąb wtłoczyć się niedającéj. Dalsze badanie zostało więc zwrócone na inną drogę, t. j. przez pęcherz i odbytnicę. Cewnik założony do pęcherza nie wykazał ani kierunkiem ani dotykiem nic, coby sprawę rozjaśnić mogło. Palcem wprowadzonym do odbytnicy, któréj zdziergacz silnie działał, czuć można było zwiększony opór przedniéj ściany a samym końcem palca część pochwową macicy niepowiększoną. Dopiero badanie skombinowane więcéj wykazało. Obniżywszy narządy miednicy ręką lewą nad spojeniem kości łonowych powłoki brzuszne w głąb i na dół wygniatającą, palcem wskazującym ręki prawéj w odbytnicę głęboko w kierunku kości krzyżowéj poza trzeci zdziergacz wprowadzonym dostać się można było poza macicę. Zgiąwszy wtedy palec w łuk ku przodowi wklęsły, brzuścem jego wymacać było można dobrze kontury macicy i sąsiednich narządów. Okazało się, że macica niepowiększona, konsystencyi niezmienionéj, prostopadle ustawiona w należytéj wysokości położona, palcem naprzód od tyłu nieco posunąć się dająca, przyczém *ligam. sacro-uterina* i *lata* podatne; jajniki niepowiększone, dobrze ruchome, przy dotyku niebolesne; trąbki nie okazują żadnego obrzęku; jama Douglasa całkiem wolna; brak w miednicy i parametryjach wszelkiego nieprawidłowego obrzęku. Rozmiary i budowa miednicy kostnéj nie przedstawiały zboczeń. Zeszedłszy teraz końcem palca do kielicha odbytnicy, i zwróciwszy go brzuścem ku przedniéj ścianie, założono cewnik do pęcherza i badano teraz części między palcem a cewnikiem położone. Stwierdzono, że warstwa dzieląca cewnik od palca jest dość cienką, że od ujścia pochwowego do macicy biegnie środkiem nieco sprężystsza i twardsza, płaska a na palec szeroka nieprzesuwalna zgrubiałość, jakby wstęga się przedstawiająca, niczém niewypełniona.

Na podstawie tego badania rozpoznano: *Atresia vaginae completa acquisita.* Brak krwisteku znaczniejszego, dającego się rozpoznać, był tu na pozór w sprzeczności z podaniem choréj, iż od kilku miesięcy w regularnych 4 tygodniowych odstępach miała znaczne dolegliwości, oznaczające zapewne miesiączkę w skutek zapory na zewnątrz się nieobjawiającą. Okoliczność ta różniła także nasz przypadek wybitnie od znanych mi z literatury opisów, gdzie przy opisach atrezyi nabytéj zawsze o następowym krwisteku była mowa. Tłumaczyliśmy sobie ten ujemny wynik badania w ten sposób, iż ciężkim porodem i długotrwałą chorobą w połogu wyniszczona chora nie doszła jeszcze do tego stopnia ozdrowienia, aby miesiączkowanie powróciło, jak to w rozmaitego rodzaju charłactwie, niedokrewności, błednicy itd. nie rzadko się zdarza, a dolegliwości w czasie miesiączki, mającéj się pojawić a jednak niepojawiającéj się, wydarzają się także podczas braku miesiączki z rozlicznych powodów.

Okoliczność ta obniżyła naturalnie w wysokim stopniu niebezpieczeństwo grożące choréj śród operacyi, takową jednak znacznie utrudniała przez brak obrzęku wskazującego kierunek, w którym i do którego dążyć należało.

Uprzedzenie niestety u naszego ludu przeciw publicznym zakładom zdrowotnym bardzo jeszcze rozpowszechnione było powodem, iż chora do kliniki lub szpitala udać się nie chciała i prosiła o uskutecznienie w mieszkaniu prywatném operacyi, któréj niebezpieczeństwa przed nią nie tajono. Zdecydowaliśmy się więc nie odwlekać rękoczynu, gdyż chora nasza właśnie nie dawno przebyła czas wrzekomo miesiączkowy a zaleciwszy jéj w dniu tym jeszcze kąpiel i użycie leku czyszczącego nazajutrz, t. j. 16 lutego b. r. przed południem, przystąpiliśmy do operacyi.

Chorą ułożono na wznak na stole odpowiednio uścielonym, krzyżami przy jego krawędzi. Nogi podniesione w górę i rozłożone podtrzymywano. W umyślnie niezupełnéj narkozie, uskutecznionéj przez kolegę Jodłowskiego, założyłem

cążki haczykowe po jednéj parze na fałd przedniéj ściany i na fałd tylnéj ściany pochwowéj tuż przy zarośnięciu i za ich pomocą linije poprzeczną blizny dobrze naprężyłem. Miejsca do nacięcia ani wybierać ani szukać nie trzeba było, gdyż było ono linearną blizną wyraźnie wskazane. Tę więc od prawéj ku lewéj stronie naciąłem bisturem na 2—3cm. głęboko w długości około $2^1/_2$cm. Teraz próbowałem palcem i trzonkiem bistura w utworzonéj ranie torować sobie drogę. Napróżno, gdyż tu jeszcze ciągle twarde, skrzypiące pod nożem utkanie bliznowate opierało się tym usiłowaniom. Dopiero, gdy przeszło 1cm. w głąb ostrzem noża zdążywszy trafiłem na opór mniejszy tkanin luźniejszych mogłem odłożyć bistur i palcem powoli linija za liniją pod ciągłą kontrolą cewnika w męcherzu i palca co chwilę do odbytnicy wprowadzanego posuwać się naprzód. Kiedy tak już z $2^1/_2$cm. nowéj pochwy sobie zdobyłem, palec mój przy małém bardzo użyciu siły wpadł nagle w wolny worek, z którego wylało się kilkanaście kropli jasnego płynu. Już przestraszyłem się myśląc, że jestem w męcherzu, cewnik jednak oddzielony od palca jeszcze cienką warstwą uspokoił mnie znowu i pokazało się, że właśnie na dobréj jestem drodze, gdyż trafiłem tu na kawałek niezrośniętéj wolnéj pochwy, o gładkich ścianach mniéj więcéj 1cm. długi surowicą wypełniony. Lecz tu znowu napotkałem opór palcem przezwyciężyć się nie dający. Zdjąwszy cążki haczykowe z pierwotnego miejsca założenia, założyłem je teraz pod kontrolą palca u szczytu nowo utworzonego kanału na przedniéj i tylnéj jego ścianie a naciągnąwszy je dobrze ku sobie a równocześnie ku górze i dołowi w napięty tak szczyt czyli sklepienie tego przewodu, zrobiłem małe płytkie poprzeczne nacięcie końcem bistura. Tam wszedłszy palcem już łatwiéj daleko końcem palca rozsuwać zdołałem zrosty i doszedłem bez wielkich trudności aż do części pochwowéj macicy, od któréj do przedniego i tylnego sklepienia liczne dość silne przebiegały zrosty sznurkowate, które się jednak palcem poprzerywać dały i sklepienia uwolnione zostały. Usta zewnętrzne maciczne otwarte, macica niezmieniona.

Pokazało się więc, że owrzodzenia, które były powodem zarośnięcia pochwy, usadowione były w dwóch miejscach, t. j. w dość znacznym stopniu i przestrzeni przy ujściu pochwy i mniéj znacznie ale także 3 do $4^1/_2$cm. wyżéj, gdyż w tych dwóch miejscach mieliśmy do czynienia z utkaniem bliznowatém, twardém, podczas gdy zresztą były to tylko zrosty lekko zlepiające ściany pochwowe ze sobą choć z wyjątkiem wolnego na 1cm. kawałka całą pochwę ściśle wypełniające a raczéj znoszące, które były tylko wynikiem sprawy zapalnéj błony śluzowéj pochwy, towarzyszącéj tylko owrzodzeniom wyż wspomnianym.

Główna czynność w ten sposób została załatwioną i pierwsze zadanie wypełnione. Pozostało mi jeszcze przygotowanie nowo utworzonéj pochwy do leczenia następowego, aby ono odpowiadało późniéj funkcyjom właściwym. Obszerność nowéj pochwy w dwóch miejscach okazała się niedostateczną, t. j. w miejscach, gdzie były zrośnięcia bliznowate twarde, czyli przy ujściu i 3cm. wyżéj. Przy ujściu dwóch palcy przez otwór nowy nie można było przeprowadzić; wyżéj jeden palec wskazujący dość ściśle objęty został pierścieniem tkaniny bliznowatéj. Takiż pierścień, jakkolwiek większy, ale za to też i nierównie grubszy, tworzyło koliste utkanie bliznowate u wejścia. Oba te pierścienie ponacinałem kilkoma cięciami głębokiemi, przez całą grubość blizny przechodzącemi i w ten sposób cały kanał tak się rozszerzył, że cienki wziernik aż do części pochwowéj macicy doprowadzić mogłem. Przestrzykawszy pochwę, wypełniłem całą tamponami z waty obsypanéj obficie proszkiem jodoformu. Chorą ułożono w łóżku i zalecono spokój i dyjetę. Krwi podczas całego rękoczynu uszło ledwo kilkanaście kropel. Operacyja z narkozą i opatrunkiem trwała niespełna godzinę.

Dalszy przebieg leczenia dotychczas był całkiem dobrym. Przez pierwszy tydzień zakładano tylko zawsze długi tampon w formie długiego wałka z waty obwiniętej gazą jodoformową. Po tygodniu przeszliśmy do środków stałych w celu dylatacyi i wybraliśmy na ten cel za najodpowiedniejsze wzierniki kauczukowe dziurkowane, używane zazwyczaj do kąpieli, gdyż taki wziernik wypełniony lekko watą karbolową najlepiéj można i wprowadzić i umocować opaską, albowiem zaopatrzony jest trzonkiem, a nie potrzeba go zmieniać, gdyż dziurki jego dobrze przepuszczają wszelką wydzielinę, która jakkolwiek tylko surowicza dotychczas zawsze jeszcze jest stosunkowo dość obfitą. Dobieranie coraz grubszych takich wzierników doprowadzi nas, sądzę, w niedługim czasie do tego, iż pochwa będzie i dość obszerną i gładką. Chora nasza od tygodnia już opuściła łóżko, czuje się zdrową i zajmuje się lżejszą czynnością domową.

---

## IV. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

# Uwagi nad sądowolekarskiém badaniem plam nasiennych.

Podał Dr. Ignacy Schaitter,
demonstrator przy tymże Zakładzie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Już sama mnogość sposobów podawanych, licznych poprawek i dodatków świadczy najlepiéj, że badania tego rodzaju nie są tak łatwemi, jakby sądzić można z opisów podawanych w podręcznikach sądowolekarskich a autorowie opisujący rzecz bez zwrócenia uwagi na nadzwyczajne trudności, napotykane nieraz wśród badań tego rodzaju, przyznają sami, że często nie udawało im się żadnym sposobem rozstrzygnąć pytania, czy plama jakaś jest nasienną lub nie. Zbyteczną zdaje nam się wzmianka, że z góry uczyniliśmy rozbrat ze sposobami chemicznemi podawanemi nawet w ostatnich latach; tu przedewszystkiém wymienić wypada sposób Lassaigne'a (6), polegający na użyciu odczynników chemicznych i wszystkie inne zdążające do rozstrzygnienia sprawy już to za pomocą przekroplenia już to za pomocą stosowania odczynników i barwików wprost na plamę bez używania mikroskopu. Nie chcemy twierdzić wcale, jakoby plamy nasienne nie miały okazywać reakcyj chemicznych odrębnych, ale musimy wyraźnie podnieść, że jeżeli nam chodzi o pewność, to sposoby chemiczne są niedostatecznemi a szkoda tylko materyjału zepsutego niepotrzebnie na te próby, gdy drogą mikroskopową możnaby było może na zniszczonéj tkaninie wykazać plemniki. W innych rodzajach dochodzeń może nam być pomocną obfitość sposobów rozpoznawania, w dochodzeniu plam nasiennych musimy śmiało uznać wszelkie oddziaływanie chemiczne za zbyteczne, skorośmy ujrzeli chociażby jeden plemnik nie uszkodzony; dopóki tego nie widzimy, nie powinniśmy nigdy orzekać stanowczo, gdyż każda tkanina obfituje w krótkie niteczki podobne do ogonków i ziarenka przypominające główki plemników.

Przechodząc teraz do systematycznego przedstawienia doświadczeń własnych, zastanowimy się przedewszystkiém, jakie czynniki wpływają niekorzystnie na rozpoznanie plamy nasiennéj. Chcemy tutaj mówić tylko o plamach pochodzących z nasienia fizyjologicznego, tj. zawierającego plemniki, a tém samém odmawiamy cech charakterystycznych plamom powstałym z nasienia ludzi cierpiących *aspermatismus*, tj. brak plemników w nasieniu, podobném zresztą do prawidłowego, na które to zboczenie chorobowe Casper zwrócił uwagę. Wśród czynników zazwyczaj utrudniających a czasem uniemożebniających tego rodzaju badania wypada wymienić po pierwsze: wpływy mechaniczne, na które przedmiot badany bywa przed tém narażany, powtóre bezbarwność plemników, a po trzecie nader małe ich rozmiary i wnikanie z cieczą nasienną pomiędzy najdrobniejsze włókienka tkanin. Pierwsza szkodliwość, tj. wpływy mechaniczne, uwydatniają się znakomicie na przedmiotach miękkich i podatnych, jak tkaninach i włosach; miałyby one niezawodnie mniejsze znaczenie w obec plam na przedmiotach twardych, gdyby właśnie badanie plam nasiennych na szkle, metalu lub drzewie nie należało do nadzwyczaj wyjątkowych. Umaczawszy dwa płatki płócienne w nasieniu i mnąc jeden z nich między palcami po poprzedniém dokładném wysuszeniu, można być pewnym, że się mimo najskrupulatniejszego badania mikroskopowego nie spostrzeże ani jednego całego plemnika, podczas gdy z kawałka, który nie był narażony na mięcie i tarcie można nawet po roku uzyskać liczne plemniki w całości. Ale nie tylko tę niedogodność pociąga za sobą mięcie i tarcie plamy nasiennéj, jest ono główną przyczyną, że plama nasienna na bieliźnie traci w zupełności swoje cechy fizyczne, mianowicie tęgość, mocniéj zaznaczone brzegi, nadające jéj pewne podobieństwo do plam na starych mapach i pewien połysk, cechy nieocenione i jedyne wskazówki, którą część i które nitki badanego ubrania należy poddać skrupulatnemu postępowaniu. W równéj mierze uwydatnia się szkodliwość wpływów mechanicznych wśród badania włosów, na których mogły pozostać resztki nasienia. Ztąd pochodzi, że gdy sporządzimy preparat z włosów namoczonych w nasieniu, wysuszonych i przechowanych starannie w jaszczyku szklanym, możemy po dłuższym czasie otrzymać na polu widzenia liczne plemniki poprzylepiane do włosów, podczas gdy badanie włosów z części płciowych osób zgwałconych nader rzadko dáje rezultaty dodatnie, i ta właśnie okoliczność nie dozwala nam przypuścić, aby włosy odrysowane w dziele Pfaffa, oblepione całkowicie nie tylko plemnikami ale i nawet kryształami nasiennemi a pochodzące rzekomo z warg sromnych osób zgwałconych, nie były należycie moczone w nasieniu świeżém w pracowni tego badacza. Nie potrzeba być wcale biegłym w dochodzeniach histologicznych, aby przyjść do przekonania, że małe jest prawdopodobieństwo znalezienia plemników na włosach, z którémi właścicielka chodziła pewnie jeszcze kilka dni po zamachu, które następnie uległy strzyżeniu i może były w papierze zwinięte noszone w kieszeni znowu przez czas pewien, zanim uległy badaniu.

O doniosłości wpływów mechanicznych przekonał się pierwszy Roussin i jemu téż zawdzięcza postępowanie karne francuskie, przepis praktyczny wyżéj wspomniony. Przepis ten zupełnie usprawiedliwiony nie został, ile nam wiadomo, nigdzie więcéj wprowadzony w wykonanie, a u nas Sądy przesyłają pocztą albo woźny sądowy przynosi przedmioty do badania zwinięte w tobołek i otulone w jedną większą sztukę, związane tylko szpagatem tak, jak się dostały do rąk sędziego i zalegały przez pewien czas kąt zapylonéj szafy sądowéj.

Z drugą przyczyną utrudniającą badanie, mianowicie bezbarwnością plemników, krócéj nam się sprawić wypadnie po tém cośmy na początku powiedzieli. Jak świadczy cały szereg usiłowań podjętych w ostatnich latach, usunięto tę trudność w znacznéj części przez zastosowanie barwików a mianowicie karminu. Ile nam wiadomo z literatury przedmiotu, nie uzyskały sobie sposoby barwienia ogólnego uznania; w ten sposób wyraża się o nich prof. Hofmann w encyklopedyi Eulenburga; w najnowszém zbiorowém dziele Maschki również nie znajdujemy nic nowego. Z tém wszystkiém powtórnie i z naciskiem podnieść nam wypada, że użycie barwików posuwa rzecz stanowczo naprzód i ułatwia znakomicie najmozolniejszą część pracy, bo szukanie pod mikroskopem. Chcąc wyrobić sobie stanowcze zapatrywanie na sprawę, nabyć dostatecznéj wprawy w tego rodzaju badaniach i ocenić użyteczność rozmaitych sposobów badania w poszczególnych przypadkach, używaliśmy do barwienia tkanin barwików anilinowych. Tutaj zaraz z początku uderzyć musi każdego nadzwyczajna podzielność i siła barwiąca tych przetworów tak, że nie wątpimy, iż kto raz użyje do tych poszukiwań barwików anilinowych, z pewnością nie zaniecha tego sposobu wśród dalszych prac w tym kierunku. Z góry jednak uprzedzić należy, że nie wszystkie barwiki anilinowe są w równéj mierze odpowiednie; w ogóle unikać należy barwików niebieskich i zielonych, gdyż po ich użyciu nie uwydatnia się wybitnie różnica pomiędzy ogonkiem a główką plemnika. Z szeregu doświadczanych barwików najodpowiedniejszym okazał się nam eozyn, nie złym jest również fuchsyn, mniéj się nadaje wiele w histologii używany wezuwin. Żaden opis nie zdoła zastąpić jednego spojrzenia pod mikroskop na preparat zabarwiony eozynem lub preparat nie zabarwiony, różnica jest uderzająca a ułatwienie i uprzyjemnienie trudnego zadania bardzo znaczne, co więcéj, sposób barwienia się główek jest tak charakterystycznym i dobitnie cechującym, że główki plemników oderwane a zabarwione można z pewnością same przez się jako takie rozpoznać, co w obec wszystkich innych sposobów postępowania było niemożliwém. Podnieść wreszcie należy, że stósując barwiki anilinowe a w szczególności eozyn, można śmiało badanie przedsiębrać w czasie znacznie krótszym: już po trzech godzinach odwilżania bywały nasze badania wieńczone pomyślnym rezultatem.

Co do trzeciéj przyczyny utrudniającéj badanie a mianowicie co do małych rozmiarów plemników i ich wnikania dokładnego pomiędzy najdrobniejsze włókienka tkaniny, to chcąc je uchylić, musimy przedewszystkiém przedsiębrać swoje badania przy odpowiedniém powiększeniu (400—500, Reichert *Object. 8 Ocul. 3*) a powtóre według rady Roussina tkaninę badaną we wodzie albo lepiéj w glicerynie rozskubać najdokładniéj na szkiełku przedmiotowém mikroskopu tak, aby ile możności włókienka nawet w grupach zbitszych obok siebie nie leżały. (Dok. nast.)

## V. O Keratoskopii.

Przez Dra Bolesława Wicherkiewicza.

(Rzecz miana na Walnym zjeździe członków Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego dnia 21 grudnia 1882).

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Jak z jednéj strony prostém i nader łatwém do zro-

zumienia dla każdego jest użycie keratoskopu, tak z drugiéj niemałe są korzyści dające się przezeń osiągnąć i tak:

1. W prędki sposób przekonać się możemy o prawidłowéj lecz nadzwyczaj silnéj niezborności (astygmatyzmie) rogówki. Wiadomo, że już w stanie fizyjologicznym rogówka w południku pionowym więcéj jest wypukłą aniżeli w poziomym, a u większéj przeważnie części oczu właśnie promienie załamujące się w poziomym południku wytwarzają na siatkówce dokładne obrazy przedmiotów. Nadmierna różnica wypukłości tych dwóch południków sprawia zboczenie w załamywaniu światła, a poznanie jéj w praktyce na znaczne nieraz, jak się zdaje, napotyka trudności. W świeżéj jeszcze mam pamięci przypadki, jakie w praktyce swéj często spostrzegam, że młodzi ludzie, którym chodzi o wstąpienie do jakiego zakładu, zwłaszcza do wojskowego, badani poprzednio pod względem bystrości wzroku, doznali téj przykrości, że ich nie przyjęto z powodu rzekomego osłabienia, a nawet krótkości wzroku.

Już samo badanie za pomocą wziernika przekonało mnie, że w wielu z tych przypadków bynajmniéj nie chodziło o słaby lub krótki wzrok, ile raczéj o wysoki stopień niezborności niedomiarowéj regularnéj. Przepisaniem odpowiednich szkieł osiągnąć się daje wzrok zupełnie nieraz wystarczający, jakiego dla owych zawodów ustawa wymaga.

Otóż w podobnych razach lekarzom mającym mniéj sposobności przyspoizenia sobie biegłości w badaniu oczu przychodzi w pomoc prosty i niepozorny przyrząd, keratoskop. Badając takie przypadki przekonamy się, że pierścienie czarne w kierunku najmniéj wypukłego południka są przedłużone, mają więc formę elipsy, któréj mniejsza oś odpowiada silniéj łamiącemu południkowi.

W razach nieznacznéj nieprawidłowości rogówki, a bardziej jeszcze, jeżeli nam chodzi o dokładne oznaczenie południka nieprawidłowo wypukłego, użyć można z korzyścią drugiéj tablicy podług Dra Bergera w Gracu nieco większéj od pierwotnéj, bo o 26cm. średnicy. Do środka jéj przymocowany jest jak u tamtéj lecz nieco mniejszy cylinder, tak, że za pomocą tegoż osadzić można większą tarczę na mniejszéj. Przednia płaszczyzna większéj tarczy podzielona jest na promieniste paski czarne i białe, szerokie w obwodzie a szpiczasto kończące się w środku. Jeden z tych pasków jest czerwony. W położeniu powyżéj opisaném skręca się tarczę dopóty, dopóki promień czerwony raz największym a potém najmniejszym się nie przedstawi. Miejsca czerwonych promieni na odwrotnéj płaszczyznie brzegu wystającego nad mniejszą tarczę, oznaczone są białemi kreskami, które obwód mniejszéj tarczy na dwa równe łuki dzielą. Jeden z nich zawiera podziałkę. Przy okręcaniu większéj tarczy owe kreski białe wskazują najsłabiéj i najsilniéj łamiący południk na podziałce.

Niższe stopnie niezborności tak regularnéj jako też nieregularnéj nie dadzą się naturalnie oznaczyć lub wykazać naszym przyrządem, a to z powodu, że trudno w ogólności w znaczeniu matematycznėm dokładne zupełnie wykreślić koło (nawet linije pionowe mniejszemi nam się zdają aniżeli równie wielkie poziome).

2. Daleko większe trudności od poprzednich przypadków przedstawiają nawet okulistom przypadki nieregularnéj niezborności; są to przypadki, w których nietylko różnica wypukłości pomiędzy południkiem pionowym a poziomym jest nadzwyczajnie wielką, a zatém nieprawidłową, ale gdzie w jednym i tym samym południku rogówka różną ma krzywiznę. Badając przypadki takie keratoskopem spostrzeżemy, że środek tarczy odzwierciedla się na rogówce odśrodkowo a koła są zupełnie nieregularne, jakby połamane.

3. Podobnie lecz w wyższym stopniu powstają w razach stożkowatości *(keratoconus)* przy odzwierciedlaniu figury keratoskopu na rogówce nieregularne często przerywane linije, a środek tarczy w obrazie podwójnym być się zdaje.

4. Bardzo łatwo przy pomocy keratoskopu przekonać się można o wzajemnym stosunku osi anatomicznéj i optycznéj, innemi słowy łatwo oznaczyć względną wielkość kąta zwanego $\gamma$, którego bokami są właśnie owe osie.

Skoro bowiem badany spogląda w środek tarczy, natenczas prawidłowo ciemny środek tarczy keratoskopu z okrążającemi go pierścieniami czarnemi nie odzwierciedli się w środku rogówki, lecz zboczy na wewnątrz, a zarazem ku górze lub ku dołowi w stosunku do linii pozioméj. Otóż przez miejsce, na które pada środkowy czarny punkt tarczy, przechodzi właśnie oś optyczna, a odległość tego punktu rogówki od jéj środka anatomicznego czyli od miejsca przejścia osi anatomicznéj stanowi łuk, a raczéj cięciwę kąta $\gamma$. Ponieważ jednak jedno od drugiego zależne, rzecz w niczém się nie zmieni, jeżeli wielkość łuku przyjmiemy za wielkość kąta.

W przykładzie obranym nazywamy kąt ów kątem dodatnim, jako odpowiadający warunkom fizyjologiczno-anatomicznym, w pewnych jednak razach, kąt ten może się stać nadzwyczaj wielkim, a to w razie zezowatości rozbieżnéj. Ujemnym zaś staje się kąt ten, jeżeli środek tarczy odzwierciedla się na zewnątrz od środka rogówki z pewném zboczeniem co do wysokości. Zdarza się to w razach zezowatości zbieżnéj.

Celem dokładnego zbadania tych stosunków przestrzegać wypada koniecznie: 1) ażeby badany, jak to już mówiliśmy, wpatrywał się najdokładniéj w środek otworu tarczy; 2) ażeby daléj badający starał się jak najwięcéj swojéj linii widzenia nadać kierunek linii widzenia badanego, a nadto tak trzymał przyrząd, aby płaszczyzna jego prostopadłą była do wspólnéj linii widzenia.

W ten sposób przystępując do rzeczy nie osiągniemy co prawda wyników, roszczących sobie prawo do ścisléj, matematycznéj dokładności, ale w łatwy i szybki sposób przekonamy się, w przybliżeniu przynajmniéj, o stosunkach względnych, co nam zazwyczaj w celach praktycznych zupełnie wystarcza.

5. Lekkie zamglenia rogówki niedostrzeżone przy użyciu zwykłego sposobu badania uwydatniają się łatwo przy badaniu keratoskopem Placidy, a mianowicie w ten sposób, że koła tarczy zresztą prawidłowo odzwierciedlone okażą się w jedném lub drugiém miejscu jakby przerwane, zamazane. Chcąc w takich razach zbadać wszystkie części rogówki, każemy badanemu po kolei patrzeć na 4 różnokolorowe kwadraciki umieszczone w obwodzie tarczy Dr. Placidy.

Korzyści dające się osiągnąć za pomocą keratoskopu są wcale liczne. Ktoby chciał ich mieć więcéj, temu podajemy jeszcze do wiadomości, iż prof. Hasner *(Prag. Med. Wochenschrift)* starał się używać keratoskopu do oznaczenia stopnia napięcia oka, czyli zastąpić nim tonometer.

Może niejeden zapyta, jak przyrząd w odległości od gałki trzymany może dać nam pojęcie o tém, czy gałka jest mocniéj, lub słabiéj napiętą? A jednak tak jest!

Przy bliższém bowiem zastanowieniu się przekonamy się, że obraz keratoskopu może uledz w pewnych warunkach zmianie, która nam daje pojęcie o podwyższonem napięciu.

Nacisk na rogówkę prawidlową wywołuje spaczenie obrazu keratoskopowego; gdy jednak napięcie jest silne, nie łatwo nam się uda spaczenie takie naciskiem wywołać, a to właśnie służy Hasnerowi za miarę do oznaczenia stopnia napięcia. Czy postępowaniem tém ściślejsze i prędsze osiągniemy wyniki lub chociażby tylko równie pewne jak badając napięcie oka wprawnym palcem, tego przesądzać nie chcę. Co do mnie stanowczo przekładam ostatni zwykły a tak prosty sposób [1]).

W pewnych jednakże razach, a mianowicie, gdy czucie w palcach mniéj jest wyrobione, przyznaję i pod tym względem keratoskopowi jakieś znaczenie.

Otóż więc usługi, jakie nam ten prosty przyrząd oddać może, a przyznacie Panowie, że łatwo zaprzyjaźni się z nim każdy, gdyż wprawy nie wymaga on żadnéj, a dla ułatwienia badania lekarzowi dalekowidzącemu (*presbyop*) włożyć można w cylinder, umieszczony w środku tarczy, lupę Brückego. Ostatnia nadto przydatną być może w razach, gdy chcemy obraz odbity od rogówki widzieć powiększony.

Chcąc na własném oku śledzić wszystkie przytoczone wyżéj stosunki siadamy tyłem do okna. Keratoskop trzymamy tak przed sobą jakby przed badanym, a w zwierciedle, które umieścimy w otworze tarczy, zobaczymy własne oko z obrazem od niego odbitym. Nie wątpię téż, że przez następne ulepszenia przyrząd ten jeszcze udoskonalonym być może, sądzę nawet, że przez umieszczenie skali odzwierciedlającej się na rogówce przy trzymaniu keratoskopu w pewnéj zawsze odległości, będzie można dokładne przedsięwziąć wymiary rogówki, a tak keratoskop zrobić zarazem keratometrem i zastąpić nim drogie oftalmometry.

W takich razach korzystniejszém będzie użycie zamiast kół Placidy figury promienistej Greena, która nam ułatwi oznaczenie promienia krzywizny rogówki, a to według formuły $r=2\frac{a\beta}{b}$, jeżeli $r$ jest owym promieniem, $b$ wielkością przedmiotu odzwierciedlającego się (a zatém promienia tarczy) $a=$ odległości keratoskopu od rogówki, $\beta$ zaś $=$ wielkości obrazu odzwierciedlonego [2]).

## VI. Oceny i sprawozdania.

**Kraske, Czerny: O konieczności odjęcia jądra w niektórych przypadkach doszczętnéj operacyi przepuklin mosznowych.**

Jednę z największych trudności w doszczętnéj operacyi wrodzonych lub nabytych, a dlugo trwających przepuklin pachwinowych stanowi oddzielenie sznurka nasiennego od worka przepuklinowego, zwłaszcza w razach, gdy sznurek nasienny nie tworzy jednéj całości, lecz poszczególne części składowe porozrzucane są wśród ściany worka przepuklinowego i z nim mocno zrośnięte. Jeżeli więc w takich przypadkach odosobnienie worka przepuklinowego nie da się uskutecznić, natenczas nie pozostaje nic innego, jak albo oddalić jądro wraz z sznurkiem nasiennym lub zaniechać operacyi doszczętnéj i zostawić bramę przepuklinową otwartą, co jednak nie jest rzeczą dla chorego obojętną, zwłaszcza jeżeli z wydartéj sieci nie można zrobić czopa zatykającego bramę przepuklinową.

Doświadczenie jednak poucza, że nawet w razach, gdy do odosobnienia worka przepuklinowego potrzeba użyć nieco większéj siły, tak że naczynia i nerwy jądra zostają mocniéj naciągane, może przyjść do obumarcia jądra, i taki właśnie przypadek zdarzył się w klinice Volkmanna. U 26 letniego silnego i zdrowego mężczyzny postanowiono z powodu przepukliny nabytéj a sprawiającéj choremu znaczne dolegliwości wykonać operacyę doszczętną. Po odsłonięciu worka przepuklinowego pokazało się, że części składowe sznurka nasiennego porozrzucane były wśród ściany worka, i śród jego odosobniania znacznemu uległy naciąganiu, reszta operacyi odbyła się bez żadnych przeszkód, z wyjątkiem że podczas otwierania worka przepuklinowego przecięto większą tętnicę, prawdopodobnie *art. spermat. int.*

Rana zgoiła się zupełnie *per primam*; jądro jednak po stronie operowanéj było bardzo bolesne, a po 14 dniach utworzył się na mosznach ropień a w ciągu następnego tygodnia oddzieliło się powoli całe obumarłe jądro. W 5 tygodni po operacyi chory opuścił klinikę.

Obumarcie jądra w tym przypadku przypisuje K. wyłącznie zbytniemu naciąganiu sznurka nasiennego podczas operacyi, samo bowiem przecięcie tętnicy nasiennéj nie wywołuje według znanych doświadczeń znaczniejszych zaburzeń w odżywieniu jądra.

Z tego wysnuwa K. wniosek, że w podobnych przypadkach należałoby oddalić zagrożone obumarciem jądro już podczas operacyi.

Doświadczenia Chauveuego pouczają wprawdzie, że jądro, którego sznurek nasienny został skręcony i rozdarty podskórnie, obumiera, ulega rozpadowi tłuszczowemu i zanika bez wywołania ropienia, jeżeli poprzednio nie wprowadzono do ustroju zwierzęcia istot zakaźnych.

W obec przeciwgnilnego postępowania spodziewaćby się należało takiego samego przebiegu. Kr. sądzi jednak, że nawet przy bardzo ściśléj antyseptyce nie jesteśmy w stanie zapobiedz dostaniu się do rany pewnéj ilości istot zakaźnych, które w obumarłém jądrze sprowadzają ropienie i mogą stać się dla chorego bardzo niebezpiecznemi (*Centralbl. für Chir.* Nr. 1, 1883). Niejako w odpowiedzi na powyższy artykuł Kraskego przypomina Czerny (*Die innere Naht des Bruchsackhalses bei der Radicaloperation der Scrotalhernien. Centralbl. für Chir.* Nr. 4, 1883) dawniéj już przez siebie podany wewnętrzny szew bramy przepuklinowéj polegający na tém, że po odprowadzeniu treści worka przepuklinowego do jamy brzusznéj wyciąga się jego brzegi o ile można jak najbardziéj na zewnątrz, aż szyja worka przepuklinowego przedstawi się jako poprzeczna szpara w wysokości zewnętrznego pierścienia przepuklinowego. Surowicze brzegi téjże szpary zespaja się ze sobą kuśnierskim szwem z katgutu, poczém puszcza się naciągnięte brzegi worka, przez co linija szwu cofa się aż do otworu przepuklinowego wewnętrznego. Postępowanie to chroni nas w danym przypadku od alternatywy postawionéj przez Kraskego, tj. wycięcia zdrowego lub przynajmniéj mało zmienionego jądra lub téż pozostawienia bramy przepuklinowéj otworem.

*Dr. Schramm.*

**Westphal: O chorobie Thomsena.**

Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie d. 31 stycznia rb. prof. Westphal przedstawił 2 ludzi cierpiących chorobę, któ-

[1]) Zresztą przy téj tonometryi Hasnera za pośrednictwem keratoskopu palec niezawodnie najważniejszą odgrywa rolę.

[2]) W kilka tygodni po wygłoszeniu powyższego wykładu wyczytałem w *Centralblatt f. prakt. Augenheilk.* 1883 Januar krótką wzmiankę, z któréj wnoszę, że zadaniu temu odpowiada keratoskop nieruchomy zbudowany przez P. Dörffla w Berlinie podług wskazówek prof. Hirschberga.

rą W. nazwał „chorobą Thomsena,“ a to z powodu, że fizyk w Kappeln Thomsen opisał ją pierwszy dokładnie, sam bowiem i część jego rodziny byli nią dotknięci. Już w Leydena: *„Klinik der Rückenmarks-Krankheiten“* przytoczono przypadek, który tutaj należy, Thomsen jednak pierwszy rozpoznał chorobę jako odrębną formę i trudnoby było znaleść dla niéj miano odpowiedniejsze. Zaledwie sześć przypadków téj choroby jest dotąd znanych a wszystkie podane przez lekarzy niemieckich. Głównym objawem jest ustanie czynnych ruchów wśród pewnych okoliczności, a to w skutek skurczenia się mięśni. Okoliczności te są następujące: 1) Po przerwie dłuższy czas trwającéj doznają ci chorzy uczucia stężenia w odnogach dolnych, stawy są tetanicznie stężałe. 2) Po znaczniejszéj pracy mięśniowéj, już nawet po znaczniejszym ruchu, np. zgięciu ramienia, pojawia się owo stężenie. Pojawia się ono 3) po pewnych ruchach powikłanych; jeden z chorych doznaje go chcąc ubrać się w surdut, drugi w czasie tańca. W dziecięctwie przeszkadza nagłe stężenie w zabawie z dziećmi innemi, skutkiem niego staje się téż niemożliwą nauka gry na instrumentach muzycznych. 4) Kurcz ten toniczny zwykł się pojawiać po nagłych i niespodziewanych wrażeniach; jeżeli np. chory wśród biegu uderzy końcem palca u nogi o kamień, tężeje odnoga a chory upada tak nagle, że nie ma nawet czasu wesprzeć się na ręce. 5) Thomsen twierdził, że u niego powstawał ten kurcz na samą myśl o nim, na chorych przedstawionych tego nie spostrzegano; zimno ma sprzyjać powstawaniu skurczu, ponawiane ruchy usuwają go. Wśród ruchów biernych wykonywanych odnogą w stanie prawidłowym można czasem spostrzedz pewną tęgość. Wszystkie mięśnie zaopatrywane w nerwy rdzeniowe cierpią, zdziergacze bywają wolne; czasem tylko pojawia się cierpienie w mięśniach zaopatrywanych przez nerwy mózgowe. Jeden chory mówiąc doznaje uczucia, jakby mu język tężał, zwarłszy powieki może tylko z pewną trudnością oczy otworzyć, pojawia się również trudność w zwracaniu gałek ocznych w tę lub ową stronę. Śmiejąc się doznaje pewnego prężenia w zakresie nerwu twarzowego, jedząc stężenia mięśni do żucia służących tak, że nie może ust natychmiast zamknąć. Mięśnie są dość wybitnie zgrubiałe, niektórzy chorzy są atletycznie zbudowani, siła ich jednak nie stoi wcale w prostym stosunku do przerostu mięśni. Na bodźce elektryczne i mechaniczne zdradzają mięśnie właściwe zachowanie. Uderzając mięsień dwugłowy widać natychmiast skurczenie się jego, które trwa pewien przeciąg czasu aż kurcz ustanie; na bodźce mechaniczne stają się mięśnie pobudliwszemi. Te same zjawiska powstają po zadziałaniu bodźców elektrycznych; mięsień kurczy się i zwolna po chwili dopiero przechodzi w rozkurcz, uderzając zaś często i rytmicznie można go wprawić w tężec. Badanie drobnowidowe wyciętych kawałków mięśnia nie wykazuje żadnéj nieprawidłowości. Możnaby sądzić, że odruchy ścięgniste będą wzmożone, tego jednak nie spostrzegano. W sferze czucia również żadnych zmian nie zauważono. Obydwaj chorzy użalają się na swędzenie skóry, pojawiające się przedewszystkiém na zimnie. Odruchy skórne prawidłowe i żadnych więcéj zmian chorobowych wykazać nie można. Zajmującą jest etyjologija tego schorzenia, gdyż usposobienie dziedziczne występuje tutaj wybitnie; zawsze bywało dotkniętych kilku członków téjże saméj rodziny, Thomsen potwierdził je nawet w 4tém pokoleniu, a w jednym tylko przypadku miała choroba powstać nagle. Thomsen utrzymywał, że ona stanowi przejście do psychoz, Westphal jednak widzi w niéj właściwą nieprawidłowość napięcia mięśniowego; opiera się ona wszelkim zabiegom leczniczym, jak się o tém Thomsen przekonał na sobie i członkach swojéj rodziny. Ale nie tylko w nauce ma znaczenie ta nowa choroba, o wielkiéj jéj doniosłości praktycznéj przekonał się najstarszy syn Thomsena, który jako popisowy nie był w stanie wykonywać skomplikowanych ruchów wśród ćwiczeń wojskowych, podejrzywany o symulacyję przebył rok cały w lazarecie wśród obserwacyi, gdyż lekarzom nie było znane to cierpienie.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos Jacusiel, który miał także sposobność obserwowania jednego z ogłoszonych przypadków. Zdaniem jego nie ma miejsca wśród tego cierpienia nieprawidłowe napięcie mięśniowe, jak Westphal utrzymuje, lecz istnieje jeszcze z czasów życia płodowego, pewien niestosunek pomiędzy układem mięśniowym a nerwowym, uwydatniający się przeważnym rozwojem pierwszego. Chory badany przez niego posiadał mięśnie prawidłowo rozwinięte, również i włókna mięsne były wejrzenia prawidłowego. Pierwszy bodziec do czynności mięśniowéj bywa zależny od woli, skoro jednak tylko napotyka się znaczniejszy opór, wzmacnia się bodziec tak, że ci ludzie mogą tylko do pewnego stopnia posługiwać się swojemi mięśniami. Mięśnie nadmiernie rozwinięte nie bywają dostatecznie zatrudnionemi, ztąd téż leniwieją z czasem, zawsze są jednak dostatecznie czynne, tak że nie mogą uledz zanikowi, odpowiedniejszą by téż była dla téj choroby nazwa: „zarodkowa pełń mięśniowa“ *(embryonale Muskelfülle)*. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 11, 1883. *Wiener med. Blätter* Nr. 7, 1883).

*Dr. Schaitter.*

Goldschmidt. **Otrucie chloranem potasowym.**

Trzeci przypadek tego otrucia pojawia się w stosunkowo krótkim czasie w literaturze lekarskiéj (ob. Przegl. Lek. 1882 Nr. 46 i 1883 Nr. 1), dla tego zdajemy z niego sprawę. Może rychło nabrane przekonanie o niebezpieczeństwie wśród używania tego leku wpłynie na wyrugowanie go z praktyki lekarskiéj, lub przynajmniéj zdoła usunąć sprzedawanie go w aptekach bez recepty lekarza, jak to u nas miewa miejsce i stało się w przypadku, z którego zdajemy sprawę, przyczyną śmierci. Do autora przyniesiono dziecię zaledwie trzy tygodnie liczące, którego wejrzenie doznało nagle takiéj zmiany, że otoczenie obawiało się jego śmierci. Skóra i błony śluzowe dostępne dla oka okazywały zabarwienie sinawoszare, podobne do barwy dojrzałéj śliwki a twardówki były szaro-żółtawe. W pierwszéj chwili pomyślał G. o wrodzonéj niekompenzowanéj wadzie serca, brak jednak duszności, czyste tony sercowe i prawidłowo częste uderzenie serca wyprowadziły go niebawem z błędu. Podczas badania oddało dziecię mocz i ta okoliczność przypadkowa posłużyła do rozpoznania. Mocz uchodził silnym promieniem, czarnym jak atrament i pozostawiał na bieliźnie ciemny osad, rozpoznany drobnowidowo jako czysty brocznik krwi. Według podania piastunki doznawało sztucznie żywione dziecię od kilku dni zboczeń w trawieniu, a z powodu powstania pleśniawek wycierała mu usta zwilżonym płatkiem, posypanym proszkiem chloranu potasowego. Znając ilość soli téj zakupionéj w aptece mógł G. obliczyć w przybliżeniu ilość zużytéj tym sposobem i okazało się, że zużyto 4 grm. Z tego może zaledwie 1 grm. połknęło dziecię a ilość ta była dostateczną do wywołania tak groźnych objawów. Rozpoznanie otrucia chloranem potasowym było niewątpliwém wobec doświadczeń Marchanda i spostrzeżeń klinicznych coraz liczniejszych w ostatnich cza-

sach. Wśród dni następnych zmniejszała się stopniowo ilość hemoglobinu w moczu, który stawał się jaśniejszym i zbliżonym barwą do moczu żółtaczkowego. I skóra wyjaśniła się nieco, stając się stopniowo popielatą, później żółtawą, dziecię jednak słabło z dnia na dzień i zmarło w trzecim dniu obserwacyi lekarskiéj wśród wyniszczenia najwyższego stopnia. Sekcyi nie wykonano i o badaniu krwi spektralném i drobnowidowém nic autor nie wspomina. (*Bresl. aerztl. Zeitschrift* Nr. 1, 1883). *Dr. Schaitter.*

## Wiadomości pomniejsze.

(J. S.) O ile stosunkowo łatwém bywa rozstrzygnięcie pytania, czy plama badana pochodzi ze krwi lub nie, o tyle trudném jest rozpoznanie, czy krew pochodzi z człowieka lub ze zwierzęcia, a nawet gdy chodzi o rozpoznanie plamy, bywa to wręcz niemożliwém. Dostatecznie jest stwierdzoną znaczniejsza trwałość barwika krwi niż jéj składników morfotycznych, podlegających nawet rozpadowi, sprowadzanemu przez mikroorganizmy. Feserich w Berlinie posługiwał się zwykle gliceryną z kwasem siarkowym, mając zamiar zaschłym ciałkom krwi przywrócić pierwotną postać. Oddaje on słuszne i należne uznanie téj metodzie, wyżéj jednak po nad nią stawia sposób nowszy: odwilżanie plamy krwawéj wodą, nasyconą gazem kwasu węglowego, gdyż tym właśnie sposobem udało mu się przywrócić kształty ciałkom krwi z plamy, zmytéj wkrótce po jéj powstaniu. Z drugiéj strony przekonał się, że barwik krwi nie zawsze tak opiera się wpływom zewnętrznym, jak to dotąd sądzono. Badając powtórnie plamę krwawą, z któréj przed 8 tygodniami otrzymał kryształki heminu, spostrzegł w niéj mnóstwo grzybków rozszczepnikowych a pomimo ponawianych usiłowań nie mógł otrzymać wspomnianych kryształków. (*Wiener med. Blätter* Nr. 11, 1883).

# VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

## Towarzystwo lekarskie krakowskie.

### Posiedzenie administracyjne odbyte d. 3go stycznia b. r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 40.

1) Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Na wniosek Komitetu (sprawozdawca prym. Dr. Paszkowski) uchwalono zmianę § 61 Statutu Towarzystwa, traktującego o przyjmowaniu nowych członków.

3) Nastąpiło odczytanie sprawozdań z czynności roku ubiegłego w następującym porządku: *a)* Sprawozdanie sekretarza stałego prym. Dra Zarewicza; *b)* Sprawozdanie podskarbiego kol. docenta Obalińskiego, jakotéż sprawozdanie z rachunków Komisyi redakcyjnéj przez sekretarza téjże Dra Kopffa. Dr. Obaliński wnosi, aby Zgromadzenie tak redaktorowi jakotéż administratorowi Przeglądu Lekarskiego wyraziło uznanie i szczere podziękowanie za znakomite zasługi, jakie ci dwaj koledzy około tegoż dziennika położyli. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto; *c)* kol. doc. Mars zdaje sprawę z kontroli rachunków za rok ubiegły a znalazłszy je w największym porządku wnosi: Zgromadzenie udzieli absolutoryjum kol. podskarbiemu i wyrazi podziękowanie za całoroczną czynność. Wniosek jednomyślnie przyjęto; *d)* Sprawozdanie kol. biblijotekarza Dra Murdzińskiego; *e)* Sprawozdanie komisyi balneologicznéj przez Przewodniczącego téjże komisyi kol. Dra Ściborowskiego; *f)* Sprawozdanie komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha przez prof. Dra Oettingera; *g)* Sprawozdanie delegata do Komisyi sanitarnéj prof. Dra Domańskiego.

4) Przewodniczący kol. doc. Dr. Jordan, w dłuższéj przemowie zaznacza znaczny rozkwit Towarzystwa w ostatnim roku, czego dowodem liczne odczyty i wykłady na posiedzeniach wygłaszane. Przedewszystkiém podnosi rozkwit Komisyi balneologicznéj, dzięki energicznemu jéj kierownikowi Drowi Ściborowskiemu. „Przegląd Lekarski" doszedł w tym roku do rozkwitu, jak nigdy przedtém, a głównie do wzrostu jego przyczynił się Redaktor „Przeglądu" i Komisyja Redakcyjna. Składa podziękowanie tak Redaktorowi, Administratorowi, jakotéż Komisyi w imieniu swojém i wszystkich członków Towarzystwa. Nareszcie oświadcza, iż opuszczając miejsce przewodniczącego spostrzega z zadowoleniem, iż ustępując, nie zostawia Towarzystwa w stanie gorszym, niż je objął, powtóre że godność Przewodniczącego oddaje w ręce pewne. — Po przemówieniu tém dotychczasowy prezes Dr. Jordan opuścił miejsce przewodniczącego, a zajął je nowy prezes Doc. Dr. Obaliński, który wyraził wdzięczność Towarzystwu, że mu poruczył urząd piastowany zwykle przez najwięcéj zasłużonych; daléj zastanowił się nad celem Towarzystwa i mówił o drogach, które doń prowadzą. Przyrzekając dołożyć wszelkich starań około dobra Towarzystwa wezwał Dr. Obaliński członków do czynnego poparcia przez branie żywego udziału w życiu i pracach Towarzystwa; nadmienił wreszcie o zbliżającym się Zjeździe w Poznaniu, zachęcił do wzięcia w nim udziału, motywując potrzebę przygotowania odczytów naukowych.

5) Kol. doc. Jordan przypomina, iż Tow. lek. warszawskie poruszyło w przeszłym roku myśl ułożenia zasad etyki lekarskiéj i przesłało odpowiedni elaborat Tow. naszemu, prosząc o opiniję. Większość uznała jednakowoż, że myśl ta jeszcze nie jest na czasie. Mowca podnosi tę sprawę jeszcze raz i wnosi: 1. Tow. lekarskie uznaje potrzebę wprowadzenia pewnych zasad etycznych, według których członkowie Tow. względem siebie i względem publiczności postępować winni. 2. Wystylizowanie tych zasad porucza Tow. Komitetowi, który swój elaborat w najkrótszym czasie Tow. ma przedstawić. W sprawie téj przemawiali koll. prym. Zarewicz, prof. Domański i prym. Paszkowski. Wniosek przyjęto.

6) Kol. prof. Blumenstok podaje do wiadomości, iż otrzymał list z Poznania od Dra Kaczorowskiego, zapraszający lekarzy krakowskich do współudziału w Zjeździe, jakotéż proszący o danie wskazówek co do terminu Zjazdu. Tenże wnosi, aby sprawę tę odesłać do Komitetu z tą uwagą, iż Zgromadzenie zgadza się na termin pierwszéj połowy września. Wniosek przyjęto.

7) Kol. Przewodniczący odczytuje list Dra Horbaczewskiego, w którym tenże dziękuje Towarzystwu za przesłanie dyplomu jakotéż i życzeń.

8) Kol. Dr. Schramm przedstawia 15-letnią dziewczynę u któréj prof. Mikulicz wykonał wyłuszczenie wola mięsakowatego. Dla spóźnionéj pory odłożono bliższe wyjaśnienia na następne posiedzenie.

Na tém posiedzenie zakończono.

*Dr. H. Mendelsburg.*

# VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 20 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie, na którém po załatwieniu różnych spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w pierwszych dwóch miesiącach roku bieżącego, z których się pokazuje, iż pomyślny stan zdrowia ogólnego utrzymuje się ciągle. Tenże doniósł, iż na jego wniosek poczyniono stosowne kroki ustawami wskazane przeciw dwom partaczom lekarskim, z których jeden praktykuje jako okulista, drugi zaś jako dentysta. — Następnie dyrektor budownictwa miejskiego Niedziałkowski imieniem podkomisyi na poprzedniém posiedzeniu wyznaczonéj przedstawił i objaśnił plany wzorów, według których ma się w przyszłości zakładać doły kloaczne chroniące należycie grunt, powietrze i wodę studzienną od zanieczyszczenia materyjami gnijącemi. Po dyskusyi, w któréj brali udział prawie wszyscy obecni, zgodzono się w zupełności z projektami przez sprawozdawcę przytoczonemi i przekazano je magistratowi do wykonania. Dyrektor Niedziałkowski również imieniem podkomisyi przedłożył projekt poprawy stanowisk dorożek i fiakrów na placach publicznych celem zabezpieczenia powietrza i gruntu miejskiego od zanieczyszczenia obiecując, iż do przyszłego posiedzenia wypracuje szczegółowe plany i kosztorysy na odpowiednie zmiany bruku, ścieki i zbior-

niki; wywody jego przyjęto całkowicie. Fizyk miasta Dr. Buszek przedłożył imieniem osobnéj podkomisyi referat w sprawie urządzenia mleczarń wzorowych w Krakowie. W referacie tym podał do wiadomości, iż według ścisłych poszukiwań umiejętnych mleko w Krakowie sprzedawane jest w ogólności dobre, iż fałszują je rzadko i najczęściéj jeszcze roztwarzają wodą, wskazał na wielką ważność mleka jako pożywienia dla dzieci a środka leczniczego dla chorych, określił warunki lekarskie, weterynarskie i techniczne, na których ma być założoną mleczarnia wzorowa dla dostawy mleka zupełnie dobrego i osobliwie w porze letniéj podczas wielkich upałów nierozłożonego, przedstawił projekt ugody w tym względzie między przedsiębiorcą a komisyją sanitarną zawrzeć się mającéj a nakoniec przedłożył projekt odezwy do konsumentów mleka z mleczarni. Wywody sprawozdawcy przyjęto po kilku wyjaśnieniach ze strony podkomisyi upoważniając ją zarazem do rokowań z właścicielami obor pod Krakowem. Do zbadania sprawy rewizyi bydła i mięsa na dworcu kolei w Krakowie wyznaczono podkomisyję z r. m. Dra Pareńskiego, fizyka miasta Dra Buszka i weterynarza miejskiego Walentowicza. Nakoniec postanowiono jednomyślnie przedłożyć Radzie miejskiéj wniosek zaproszenia do komisyi sanitarnéj prof. Dra Karola Olszewskiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 27,1. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach ospy, 1 płonicy, 4 odry. W tygodniu od 25 lutego do 3 marca ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 16, umarło 7, leczyło się w szpitalach 19. W Walencyi umarło 3, w Roterdamie 7, w Paryżu i Aleksandryi po 9, w Petersburgu 14, w Filadelfii, w Nowym Orleanie, i w Baltimore 49, w Madrycie 11, w Barcelonie 12, w Bombayu 71. W Stokholmie umiera wiele z odry podobnież i w Paryżu, w Amsterdamie z błonicy. Dur złagodniał w Paryżu, w Warszawie i Aleksandryi jeszcze się wzmaga. W Moskwie zapadło od 17—24 lutego 143 osób na gorączki durzycowe, 188 na dur osutkowy, 169 na dur powrotny, 12 na gorączkę połogową, 107 na odrę, 38 na błonicę, 31 na różę, 24 na płonicę, 13 na krztusiec, 9 na ospę.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 lutego do 3 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,1; w Warszawie 33,2; w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 30,4; w Budapeszcie 32,2; w Pradze 34,2; w Tryjeście 48,9; w Berlinie 22,7; w Wrocławiu 30,9; w Hamburgu 23,8; w Mnichowie 28,6; w Gdańsku 24,5; w Kolonii 26,6; w Dreźnie 24,9; w Lipsku 20,1; w Bazylei 25,4; w Brukseli 28,4; w Amsterdamie 33,1; w Hadze 20,0; w Paryżu 27,7; w Londynie 21,0; w Kopenhadze 27,4; w Stokholmie 27,5; w Chrystyjanii 9,4; w Petersburgu 40,3; w Rzymie 22,7; w Wenecyi 30,2; w Bukareszcie 31,7; w Madrycie 44,7; w Lizbonie 27,6; w Aleksandryi 49.8; w Nowym Yorku 26,6; w Filadelfii 22,8; w Bombayu 36,0; w Madrasie 37,3. *J. B.*

## IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 marca. N. Pan nadał prymaryjuszowi i docentowi prywatnemu chirurgii w Uniw. Jagiell., Drowi Alfredowi Obalińskiemu, tytuł nadzwyczajnego profesora Uniw., uznając jego dotychczasową zasłużoną działalność.

Zaszczytne to odznaczenie szan. kolegi naszego nastąpiło w skutek jednomyślnéj uchwały Wydziału Lek.

* Dr. Emanuel Machek, asystent kliniki okulistycznéj, potwierdzony został przez p. Ministra Oświecenia jako docent prywatny okulistyki w Uniw. Jagiell.

P. Docent Machek rozpocznie wykłady swoje w półroczu letniém.

* Przedwczoraj rano przybył Dr. Hoszard, członek Wydziału krajowego, do Krakowa i zaraz przed południem brał udział w komisyi, która się odbyła w szpitalu św. Łazarza, celem obrania gruntu pod budowę klinik uniwersyteckich oraz zakładu patologicznego. Komisyi przewodniczył delegat Namiestnictwa hr. Badeni; należeli zaś do niéj ze strony Wydziału kraj. Dr. Hoszard, dyrektor szpitala Dr. Harajewicz i architekt p. Zaremba; ze strony Namiestnictwa starosta p. Ottmann, komisarz powiatowy p. Link i inżynier rządowy p. Saré; wreszcie ze strony Uniwersytetu dziekan prof. Rydel, oraz proff. Madurowicz, Korczyński, Adamkiewicz Blumenstok, Mikulicz i sekretarz Uniwersytetu docent Dr. Cyfrowicz. Po oglądaniu miejscowości, obranéj w roku przeszłym przez komisyję Wydziału Lek. i poczynieniu wniosków tak ze strony delegata Wydziału krajowego jako i Namiestnictwa, członkowie Wydziału Lek., należący do komisyi, odbyli jeszcze kilka posiedzeń w obecności pana starosty Ottmanna, a wynik narad swoich zebrali w kilku wnioskach, które przedstawione będą pod uchwałę Wydziału Lek. na najbliższém jego posiedzeniu. Sprawozdawcami obrano dla budowy gmachów klinicznych proff. Madurowicza i Korczyńskiego, dla budowy zaś zakładu patologicznego proff. Browicza i Blumenstoka.

W obec życzliwości wielkiéj dla uniwersytetu, któréj złożyli dowody pp. Hoszard i Ottmann, mamy uzasadnioną nadzieję, że sprawa budowy zakładów uniwersyteckich weszła nareszcie na tory odpowiednie. Przekonaniu temu dano wyraz na przedwczorajszym wieczorku, danym przez Dziekana Wydziału na cześć gości, uznając ich starania koło powstać mających zakładów.

* W przeszłą sobotę przed południem wykonano w klinice prof. Madurowicza 3 owaryjotomije; jednę wykonał prof. Madurowicz, drugą prof. Mikulicz a trzecią doc. Mars. Wszystkie 3 operowane mają się całkiem dobrze; przebieg bezgorączkowy. Dowiadujemy się, że w klinice chirurgicznéj niezadługo urządzonym będzie osobny pokój dla owaryjotomij. Kobieta, na któréj prof. Mikulicz wykonał resekcyję żołądka, opuszcza klinikę; członkowie Tow. lek. krak. mieli sposobność widzenia jéj na wczorajszém posiedzeniu zupełnie uleczonéj. Na témże posiedzeniu prof. Mikulicz demonstrował swój skoliozometer, którego opis znajduje się w Nrze niniejszym.

* W Filadelfii wykonano wyłuszczenie nerki u kobiety; od chwili wycięcia nerki ustało wydzielanie moczu a operowana umarła po upływie dwóch dni. Sekcyja wykazała, że kobieta ta miała jednę tylko nerkę, którą właśnie wycięto.

* **Praga**. D. 19 b. m. obchodził prof. Maschka 25-letni jubileusz profesury, z którego to powodu tak profesorowie jako uczniowie Wydziału lek. przygotowali owacyje dla zasłużonego profesora. Prof. Maschka liczy lat 63. (*W. med. Presse*).

* **Wiedeń**. Na uroczystém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Stricker odczytał oświadczenie, tłumacząc się, że nieprzyznawał się do wspólnictwa z asystentem swoim Spiną w sprawie pracy jego o prątkach gruźliczych, dopóki pracę tę tylko chwalono, w obec zaś ocen potępiających nie zamierza usuwać się od odpowiedzialności za wszystko, co wychodzi z jego zakładu. Oświadcza tedy, że zdanie Spiny, jako Koch nie dowiódł zaraźliwości gruźlicy i swoistości prątka gruźliczego, w zupełności podziela, i że Spina, któremu oddaje świadectwo, że jest biegłym mikroskopikiem, ogłosi prace dalsze, które pouczą przeciwników o słuszności jego zapatrywań. (*W. med. Presse*).

□ **Rosyja**. Statut Towarzystwa „prywatnych docentów", zatwierdzony przez dyrekcyję lekarskiego departamentu, ma być wkrótce sankcyjonowany przez Ministra spraw wewn. Za nim to nastąpi, Towarzystwo otrzymało zezwolenie na odbywanie posiedzeń raz na miesiąc, na których wypracuje program przyszłéj nauczycielskiéj działalności; Towarzystwo zamierza urządzić wykłady repetycyjne dla lekarzy i doktorandów. Magistrat Petersburga otrzymał plany nowego szpitala systemu barakowego, przeznaczonego na kliniki dla żeńskich lekarskich kursów, którym, jak to donosiliśmy, rząd odjął pomoc państwa. Nowy szpital ma mieścić 200 łóżek, koszta budowy nie przekroczą 70 do 80000 rsr.; suma ta już jest ze składek zebrana. Słuszną czyni uwagę „*Wracz*", że nie dość posiadać szpital, potrzebny jest fundusz stały, którego odsetki pokrywałyby wydatki na cele naukowe.

*Zaria* donosi, że medycy kijowscy urządzili owacyję Prof. Tomsie, przyczém wezwali go, ażeby nie opuszczał Kijowa; (jak wiadomo doniosły dzienniki, że Prof. Tomsa przyjął proponowaną sobie profesurę w czeskim lekarskim Wydziale w Pradze). Na przemówienie studentów odpowiedział Tomsa, że tak zżył się z Rosyją, że nie przeniesie się do Pragi. Dr. Studenkow mianowany został docentem chorób skórnych i wenerycznych w Uniwersytecie kijowskim. Dr. Danilewski otrzymał nominacyję na profesora fizyjologii zwierząt w Charkowie.

Pisząc o Petersburgu trudno ominąć sprawę homeopatów którzy w téj stolicy bardzo się stawiają. Bezwzględna uleczalność

ność błonicy, którą mieli udowodnić, okazała się bezwzględną nieprawdą; zdawałoby się, że po téj porażce należałoby przez zmysł samozachowawczy usunąć się z widowni publicznéj, zanim ludzie zapomną; ale tego umiarkowania i pokoju snać brakuje homeopatom, skoro poruszyli sprawę, która odsłoniła ich, że się tak wyrazimy rodzinne stosunki i wykazała, że między nimi nie ma jedności, że jest herezyja w herezyi. Petersburg ma dwa towarzystwa homeopatów: 1) wyznawców homeopatyi i 2) lekarzy homeopatów; to drugie wniosło do Departamentu lekarskiego prośbę o zakazanie wprowadzania do kraju środków leczniczych Mattejego, jako mogących być szkodliwemi; Rada lekarska wezwała oba Towarzystwa, ażeby oświadczyły, które środki Mattejego są szkodliwe, i na czém ta szkodliwość polega. Towarz. „Wyznawców hom.“ odpowiedziało, że leki Mattejego czasem są nadzwyczaj pożyteczne, a zawsze nieszkodliwe, jak zresztą wszystkie środki homeopatyczne. Natomiast „lekarze homeopaci“ oświadczyli, że leki *angiostico*, *scrophuloso* i *canceroso* są niebezpieczne i na dowód przytoczyli 3 historyje chorób. U jednéj choréj, która zażywała *canceroso* za poradą lekarza Mateisty (urzędnika pocztowego) powstać miał rak sutka. Na szczęście chora wcześnie powróciła do homeopaty (niemateisty) a chociaż umarła, to bez cierpień. „*Wracz*“ (Nr. 8), z którego te wesołe, lecz i ubolewania godne wiadomości czerpiemy, podając nazwiska koryfeuszów petersburgskich homeopatów: Adamsa, Ditmana i Heringa, z zdumieniem donosi o nieznanéj sobie anomalii, że ten ostatni „będąc homeopatą, jest lekarzem policyi“.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Dr. Geza Faludi habilitował się jako docent pedyjatryi. — **Dorpat.** Docent Dr. Podwysocki wysłany został za granicę w celach naukowych. — **Rzym.** Dr. Zawerthal habilitował się jako docent laryngologii. — **Jena.** Prof. Binswanger powołany został na dyrektora zakładu dla obłąkanych w Neustadt w Prusach zachodnich. — **Giessen.** W miejsce Ahlfelda Wydział lek. proponował na 1ém miejscu Kaltenbacha z Fryburga, na 2ém Fehlinga z Stutgartu, a na 3ém Küstnera z Jeny i Wienera z Wrocławia.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Wł. Orłowski, prezes Tow. lek. warsz. mianowany został starszym ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus. (*Gaz. Lek.*)

Stopień lekarzy otrzymali w Uniw. Warszawskim pp. Edmund Gajzler-Wrotnicki. Romuald Gładowski, Elijasz Rajchstein i Piotr Proskurjaków.

* **Nekrologija.** W Tybindze umarł znakomity chirurg Bruns

**Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 11: Dobrzyckiego: Sprawozdanie z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni. — W *Gazecie Lek.* Nr. 11: Bujwida: Kilka słów w kwestyi lasecznikow gruźliczych: Szwykowskiego: Kilka słów o lasecznikach gruźliczych; Pacanowskiego: Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego (c. d.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 3 Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

**Redakcyja** otrzymała:

Dr. Wł. A. Gluziński: Przyczynek do wiadomości o wchłanianiu tłuszczów. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętn. X), Kraków 1882, in 8vo str. 23 z tabl.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



## Ogłoszenie zadań konkursowych

**dla kandydatów i młodszych doktorów w. n. lek. i medycyny.**

Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego w wykonaniu postanowień fundacyi konkursowéj śp. protomedyka Józefa Jakubowskiego i Dawcy niewiadomego, uchwalił na posiedzeniu w dniu 23cim lutego rb.:

I) Rozpisać dwie nagrody konkursowe, a mianowicie jednę w kwocie 200 złr. a jednę w kwocie 150 zlr. w. a.

II) Ogłosić w tym celu następujące zadania konkursowe:

1) Zbadać szczegółowo zmiany krwi w przebiegu zimnicy i zakażenia zimniczego pod względem ilości i jakości ciałek krwi czerwonych, stosunku ich do ciałek białych i pod względem ilości hemoglobinu.

2) Przedstawić stosunki epidemijologiczne Galicyi w ostatnich pięciu latach.

3) Zbadać stosunki zdrowotne robotników zajętych wydobywaniem i destylowaniem oleju ziemnego.

4) Matołectwo górskie, jego istota i objawy, ze szczególném uwzględnieniem okolic karpackich.

III) W myśl postanowienia wyżéj wzmiankowanych fundacyj ubiegać się mogą o nagrodę kandydaci Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego, tudzież doktorowie wszech nauk lekarskich i Doktorowie medycyny, którzy w przerzeczonym Uniwersytecie uzyskali stopień doktorski na dwa lata przed ogłoszeniem niniejszego konkursu, lub nawet nieco dawniéj (w myśl późniejszego postanowienia śp. protomedyka Jakubowskiego).

IV) Prace konkursowe, spisane w języku polskim, nadesłane być mają do końca zimowego półrocza szkolnego r. 188$^3/_4$ tj. najpóźniéj do dnia 3 kwietnia 1884 r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Na okładce winny być opatrzone w godło, wypisane również na dołączonéj oddzielnie kopercie zapieczętowanéj, a zawierającéj wewnątrz imię nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Ostatni przepis nie dotyczy jednak prac ogłoszonych drukiem od dnia dzisiejszego po koniec marca 1884 r., a które także ubiegać się mogą o nagrodę.

V) Jedynie koperty opatrzone godłem prac nagrodą uwieńczonych będą rozpieczętowane celem ujawnienia autorów; wszystkie zaś inne razem z rękopismami, do których należą, zwrócone będą na żądanie bez otwarcia.

IV) Wysokość nagrody nie jest zawisłą od wyboru któregobądź z ogłoszonych wyżéj zadań konkursowych, lecz od stopnia dokładności i naukowéj ścisłości opracowania i rozwiązania obranego tematu, tak że autor pracy, która najlepiéj odpowie warunkom wymaganym otrzyma 200 złr., autor zaś pracy wartością do tamtéj najbardziéj zbliżonéj 150 złr. w. a.

*Kraków dnia 23 Lutego 1883.* *Rydel*

t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.